

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 20 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Lucien FELTMANN

Ancien Externe des Hôpitaux de Rennes
Ancien Interne de l'Hôpital-Hospice de Niort

DES

Accidents Chirurgicaux les plus fréquents

DUS AUX ASCARIDES LOMBRICOÏDES

Président : M. BLANCHARD, professeur

Juges { MM. DEJERINE, professeur
RICHAUD, agrégé
LCEPER, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHER
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD
	DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLEST
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	{ HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
Maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU
	BERGER
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD
	BAR
	RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARGEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MADAME JULES DELAUNAY

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE RENNES

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE NANTES

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENON

Chirurgien de l'Hôpital-Hospice de Niort.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUANY-SOLER

Médecin en chef de la Providence

A MESSIEURS LES MÉDECINS
ET CHIRURGIENS

DE

L'HOPITAL-HOSPICE DE NIORT

A MESSIEURS LES ADMINISTRATEURS
DE L'HOPITAL-HOSPICE DE NIORT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LEDOCTEUR
RAPHAEL BLANCHARD

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

PRÉFACE

A la fin de ses études médicales, l'étudiant en médecine présente une thèse inaugurale devant la Faculté à laquelle il vient demander le titre de docteur. L'usage a voulu qu'il évoque en débutant le nom des personnes qui lui sont chères.

A la première page de cette thèse, nous avons tenu à inscrire le nom des deux femmes dont le souvenir évoque à nos yeux ce qu'il y a de plus sacré ici-bas : le travail dans ce qu'il a de plus constant ; le dévouement dans ce qu'il a de plus désintéressé. Au nom d'une affection qui ne fera que grandir avec le temps, car elle est toute faite de respect, de reconnaissance et d'admiration, nous prions M^{me} Jean Feltmann, notre mère, M^{me} Delaunay notre vieille amie, d'accepter l'humble dédicace de ce modeste opusculé.

Nous n'aurions garde d'oublier nos maîtres de l'École de Rennes où nous avons commencé nos études médicales, et l'enseignement du professeur Dayot sera toujours présent à notre mémoire : clinicien avant tout, il nous a inculqué l'importance du diagnostic, surtout en chirurgie, car suivant la boutade

qui lui était chère : « Le baume d'acier ne doit être appliqué qu'à bon escient ». L'année passée comme externe dans son service comptera parmi les meilleures.

Que MM. les D^{rs} Bertheux, Follet nous permettent de les remercier de la bonté qu'ils nous ont témoignée lors de notre séjour chez eux.

MM. les D^{rs} Malherbe, Guillemet, Bureau, Monnier, Lecuyer de Nantes ont droit à toute notre gratitude pour la délicatesse qu'ils ont eue à notre égard à un moment difficile de notre vie.

Notre internat à Niort nous a été non seulement très agréable, mais encore et surtout très profitable.

Le distingué chirurgien G. Renon, dont la science et l'habileté n'ont d'égale que l'amabilité et la courtoisie, ne nous a ménagé au cours de ces deux années ni les conseils, ni les avis. Nous le remercions des judicieuses observations qu'il a bien voulu nous faire concernant ce modeste travail qu'il nous a d'ailleurs inspiré.

MM. les médecins et chirurgiens de l'Hôpital-Hospice de Niort et en particulier M. le D^r Duany-Soler ont droit à nos meilleurs sentiments. La bienveillance de MM. les administrateurs leur a créé et pour toujours des droits à notre reconnaissance.

M. le professeur Raphaël Blanchard a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse, qu'il reçoive l'assurance de notre plus profond respect et de notre meilleure gratitude.

DES

Accidents Chirurgicaux les plus fréquents

DUS AUX ASCARIDES LOMBRICOIDES

AVANT-PROPOS

Si l'on s'en tient à ce que nous disent les classiques sur les vers intestinaux et en particulier, les nématodes, sur leur importance en pathologie, il semble qu'elle soit assez minime, et cependant d'importants travaux ont réuni de nombreuses observations d'accidents graves, et tout dernièrement le professeur Metchnikoff attirait l'attention sur l'appendicite vermineuse. Nous eûmes, pendant notre séjour à l'hôpital de Niort comme interne, la bonne fortune de voir un cas rare d'occlusion produite par des ascarides lombricoïdes chez un enfant porteur d'un diverticule de Meckel, et cela nous donna l'idée de rassembler les faits les plus fréquents de complication exclusivement chirurgicale dus aux ascarides lombricoïdes et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'ascaride lombricoïde a pour habitat habituel l'intestin grêle et suivant Blanchard, la première portion de cet intestin. Il peut être en nombre suffisant, s'agglomérer et constituer un obstacle au cours des matières, d'où occlusion. Cet ascaride se meut, il peut émigrer dans les cavités qui débouchent dans les différents segments du tube digestif et constituer un corps étranger qui, ne l'oublions pas, est septique. Ces migrations anormales ont été de tout temps fort bien étudiées et nous n'y insisterons pas.

Dans certains cas de plaies du tube digestif il peut faire issue hors de ce dernier et entraîner des complications variées.

Enfin, et c'est là le mécanisme le plus intéressant, l'ascaride est capable, comme nous le verrons, de causer des suppurations limitées du côté de l'intestin et de déterminer des abcès vermineux, des appendicites et des péritonites.

Et nous ne parlons dans notre travail que de ce qui intéresse particulièrement la chirurgie, car le ver peut entraîner encore d'autres accidents soit par

excitation nerveuse, soit surtout par auto-intoxication et on voit par ce court exposé que son rôle en pathologie n'est pas négligeable, et que souvent le médecin doit s'inquiéter de l'opinion du zoologiste.

PREMIÈRE PARTIE

L'ASCARIDE LOMBRICOIDE CAUSE D'OCCLUSION

Notre observation est la preuve la plus nette que nous connaissions, de complications dues à des ascarides et ayant occasionné des phénomènes d'occlusions.

OBSERVATION I

(Dr Renon. — Obs. inédite.)

Occlusion intestinale produite par quarante-deux ascarides bloqués dans un diverticule de Meckel. — Laparotomie. — Résection du diverticule, ablation des vers. — Guérison.

X..., quatre ans et demi, est envoyé à l'hôpital de Niort le 21 mai 1907, pour des accidents d'occlusion aiguë par le Dr Clément de Celles-sur-Belle. Cet enfant a été vu pour la première fois par son médecin le 29 avril 1907 ; il présentait à ce moment, des douleurs violentes dans le ventre qui était ballonné et il n'allait pas à la selle. A la palpation on sentait comme des paquets de ficelle allongés. On prescrit des vermifuges ; il y a émission d'ascarides par l'anus et soulagement

immédiat. Cet enfant était maigre, mangeait beaucoup, et avait déjà rendu des vers.

10 mai. — Le Dr Clément est rappelé pour les mêmes accidents ; le ventre est ballonné, dur et on sent encore un paquet allongé ; de plus, un peu au-dessus de l'ombilic on sent une petite saillie. Des vomissements apparaissent. Administration de vermifuges. Aucun résultat. Le 21 au matin, ni selles, ni gaz, vomissements ; la tumeur sus-ombilicale a triplé de volume, est douloureuse et donne l'impression d'une hernie épigastrique étranglée. Le malade est envoyé à l'hôpital de Niort.

Voici ce que je constate ; enfant très maigre, aspect souffreteux, ventre ballonné. A l'examen je trouve au-dessus de l'ombilic une petite tuméfaction étalée en travers qu'on ne peut mobiliser et qui donne l'impression d'être très superficielle. Profondément dans le flanc droit on sent comme un boudin douloureux.

Laparotomie immédiate : chloroforme, M. Feltmann, interne à l'Hôpital-Hospice, aide le Dr Clément. Le ventre ouvert montre une masse blanchâtre, dure, irrégulière, grosse comme un petit boudin, portant à 4 centim. du sommet une bride épiploïque serrée ; je la sors du ventre, et je vois qu'elle se continue directement avec une anse grêle, violacée, distendue et remplie de quelque chose que je devine être des ascarides ; car on les voit par transparence, tellement les tuniques sont amincies. Cela fait donc un boudin de 20 centimètres et à 5 centimètres du sommet aboutit une autre anse absolument aplatie et vide.

Le diagnostic s'imposait de diverticule de Meckel bourré de vers. Il est déjà complètement sphacélé, plutôt par dis-

tension, et deux petites extrémités filiformes d'ascarides pointent au dehors. Avec les précautions habituelles, j'incise le diverticule, et retire quarante-deux ascarides vivants.

Résection du diverticule qui s'implante près de l'insection mésentérique et non sur le bord convexe. Double plan de sutures. Réunion de la paroi en un plan sans drainage.

Suites absolument simples, aucune réaction. Le petit malade a une selle rend deux ascarides putréfiés. Puis avec un purgatif, six autres. ,

Convalescence rapide, et le petit malade est rendu à sa famille quinze jours après.

Cette observation est extrêmement intéressante, car elle nous montre associées une anomalie peu fréquente et une occlusion de cause encore plus rare ; il est bien évident que c'est le diverticule qui est cause de l'occlusion. Les vers s'y sont engagés et comme ils étaient très nombreux ils n'ont pu se retourner et s'y sont bloqués à tel point que ce diverticule était complètement sphacélé sous la double action du tassement des vers à son intérieur et de la bride qui l'enserrait à la base, car le sphacèle s'arrêtait à ce niveau. Il est encore un point intéressant à mettre en lumière, c'est la perforation par les ascarides. Deux extrémités saillaient, et sous nos yeux nous les voyions faire effort pour sortir. Il est vrai que ces tuniques intestinales étaient très amincies ; et en voie de désagrégation ; mais on voit cependant que contrairement à ce que disait Davaine et après lui, nombre d'auteurs, les vers sont capables de per-

forer un intestin. Quant au mécanisme de l'ulcération et de la perforation d'un intestin sain, nous verrons qu'il est plus complexe.

C'est l'observation la plus nette que nous ayons trouvée d'occlusion produite, sans aucun doute possible par ascarides. Nous avons pu cependant en recueillir d'à peu près d'analogues dans la littérature et en voici quelques exemples.

OBSERVATION II

(Rocheblave. — *Gazette des Hôpitaux*, juin 1898.)

Occlusion intestinale produite par des ascarides agglomérés dans le gros intestin. — Laparotomie, massage et expression du gros intestin, guérison.

J'ai été appelé en août 1897, auprès d'une fillette de neuf ans que soignait mon excellent confrère et ami, le Dr Ferlin.

Depuis quatre jours, la petite était prise d'accidents graves d'occlusion intestinale. Lavementée sans succès, purgée sans résultat d'abord avec du calomel à doses fractionnées, plus tard avec de l'huile de ricin par cuillerées à café toutes les heures.

La malade accusait de violentes douleurs dans la région du côlon transverse, douleurs qui ne tardèrent pas à devenir intolérables ; les vomissements survinrent et l'opium ne put réussir à calmer ni les vomissements ni les douleurs.

C'est dans ces conditions que je vis pour la première fois cette petite fille. Le facies est grippé, le nez effilé et refroidi, les yeux excavés et cernés. L'absence de selles persiste, les vomisse-

ments sont incessants et légèrement verdâtres. Le pouls est petit, misérable au-delà de 130 ; la respiration est difficile. Pas de fièvre, collapsus, adynamie.

Le ventre est météorisé, excessivement douloureux ; les anses intestinales apparaissent sous la peau. La sonorité est générale sauf au-dessus de l'ombilic où la percussion délimite, correspondant au côlon transverse, une zone de matité de 12 à 15 centimètres de largeur sur 4 à 5 de hauteur. La palpation profonde, très difficile car la paroi se défend, permet, toutefois sinon de saisir, du moins de sentir une tumeur correspondant à la zone de matité.

Dans l'ignorance où nous étions de la véritable cause de ces phénomènes, en présence d'un état général excessivement précaire, s'aggravant à chaque instant et de l'insuccès thérapeutique antérieur, nous fûmes d'accord pour décider, mon confrère le docteur Ferlin et moi, qu'une intervention chirurgicale s'imposait immédiatement. Nous nous trouvions malheureusement dans des conditions de milieu déplorables ; pour salle d'opérations : un taudis. Cette considération fut impuissante à nous retenir, dans la conviction où nous étions que la laparotomie constituait pour notre malade la dernière et seule chance de salut.

Deux heures après — temps matériel pour aseptiser à l'étuve les instruments et les objets de pansement — nous pratiquons l'opération. Anesthésie au chloroforme, désinfection rigoureuse de la paroi abdominale, incision sur la ligne médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. L'estomac, puis le côlon sont amenés au dehors et nous pouvons constater que la tumeur décelée par l'examen est uniquement constituée par des matières fécales refluant vers le cæcum ; nous trouvons ensuite sur le

côlon transverse à l'union du tiers gauche avec les deux tiers droits : l'obstacle seule cause de l'obstruction. C'est un véritable bouchon donnant à la main qui le palpe la sensation de grosses ficelles. A travers les tuniques de l'intestin nous arrivons à le dérouler et le reconnaissons formés par trois ascarides entortillés, enchevêtrés, pelotonnés. Pour les isoler nous pratiquons de véritables mouvements de massage, essayant ainsi de les faire progresser vers l'S iliaque aussi loin que possible, Nous arrivons aisément à les dérouler, à les séparer, à les refouler. L'intestin est alors réduit et le ventre refermé par trois plans de suture. Durée totale de l'intervention, pansement compris : trente minutes.

Quatre heures après l'opération, l'enfant, entièrement ressuscité accuse un bien-être complet, les douleurs ont disparu, de même aussi les vomissements. Un lavement d'eau bouillie favorise alors l'expulsion de selles abondantes. L'enfant demande à boire et tolère bien les boissons froides.

Le lendemain matin la transformation est complète, le visage s'est épanoui. C'est une véritable résurrection. Le ventre est souple. Le pouls est à 90, la température à 37 degrés. La malade supporte le lait qu'elle prend volontiers. Au troisième jour nous donnons 50 centigrammes de calomel et 20 centigrammes de santoline et nous aboutissons au résultat que nous avions d'avance annoncé à la famille : l'expulsion de trois ascarides lombricoïdes.

Au cinquième jour notre fillette se levait et au huitième jour la réunion était complète par première intention.

OBSERVATION III

(Simon, de Nancy. — *Revue médicale de l'Est*, 1892).

Occlusion intestinale. — Anus contre nature. — Rétablissement de la circulation intestinale après expulsion d'ascarides.

Il s'agit d'un enfant de onze ans, habituellement bien portant, qui est pris le 19 décembre 1891, d'une douleur sous-ombilicale tellement vive qu'elle détermine une syncope : cette douleur persiste depuis, avec une acuité moindre et s'accompagne de vomissements et de constipation.

A l'entrée du malade à l'hôpital, le 22 décembre, on constate un état fébrile. Température matin, 38 degrés. Température soir, 39 degrés. La face est pâle, la langue un peu chargée, le ventre souple quoique légèrement tuméfié, sauf dans la région sous-ombilicale où il existe une certaine résistance et une douleur bien localisée, très vive à la pression ; même état le lendemain : l'enfant a eu une petite selle à la suite d'un lavement et des vomissements bilieux pendant la nuit : la douleur abdominale est toujours très vive. Température matin, 37°7. Température soir, 37°6.

25 décembre. — Le ventre est plus ballonné et de plus en plus sensible ; vomissements bilieux répétés, plusieurs selles composées exclusivement de sang pur (20 grammes environ en tout). Température matin, 38° 1. Température soir, 38 degrés. Pouls 128.

25 décembre. — L'état s'est encore aggravé ; le ventre est considérablement distendu ; l'enfant vomit tout ce qu'il prend et se plaint incessamment. La face est pâle et grippée ;

Plusieurs hémorragies intestinales se sont produites pendant la nuit. Le toucher rectal n'indique rien d'anormal de ce côté.

Une intervention chirurgicale s'imposait : M. le professeur Heydenreich, de Nancy, décide d'établir un anus artificiel pour parer aux accidents immédiats ; l'opération est pratiquée, séance tenante ; l'incision de l'intestin donne issue à un flot de matières fécales liquides et le ventre ne tarde pas à s'affaisser.

Le surlendemain de l'opération, un paquet de sept ascarides vivants se présente à l'anus artificiel ; un huitième ver est expulsé peu après et le jour suivant l'enfant eut cinq selles par l'anus physiologique. On administra de la santonine et cinq autres vers furent encore expulsés. On apprit alors que l'enfant avait déjà rendu un ver par l'anus avant de tomber malade et que, la veille de l'opération, il avait rejeté dans les vomissements deux ou trois de ces vers. La circulation des matières fécales se rétablit dès lors normalement ; il fallut intervenir de nouveau pour obturer l'anus artificiel et la guérison définitive fut obtenue.

OBSERVATION IV

(Porot. — *Lyon Médical*, 14 août 1904.)

*Occulsion intestinale. — Mort. — Autopsie. — Cause
Pelotons d'ascarides agglomérés et invagination secondaire*

13 janvier 1904. — L'enfant Joseph G..., âgé de deux ans et demi, habitant Saint-Pierre-la-Palud, tombe assez brusquement malade ; il est pris au dire de ses parents, de crises douloureuses abdominales aiguës, se portant la main sur le

ventre comme en proie à de vives coliques ; les accès se répètent plusieurs fois par jour, l'enfant est constipé et pourtant il ne vomit pas.

On l'amène à l'hôpital le sixième jour (19 janvier). Au moment de l'entrée, on constate d'abord un état fébrile assez marqué avec facies rouge ; température 39 degrés, le ventre est un peu météorisé, mais sa paroi reste souple. On ne trouve point de douleur au point appendiculaire, on ne sent aucune tumeur ; il y a de la sonorité généralisée, pas de taches rosées.

Il y a de la dyspnée et un peu de submatité à la base droite.

Le pouls est irrégulier et non accéléré.

Le facies est celui d'un fébricitant et n'a rien de franchement abdominal.

Le soir de l'entrée, l'enfant éprouve des crises douloureuses abdominales violentes : il crie, il se tord montrant son ventre comme en proie à des coliques. Dans l'intervalle, il se plaint de temps en temps et promène sa main sur son abdomen.

Trente-six heures après, l'état général ne s'est pas modifié, la température se maintient au-dessus de 39 degrés.

Le météorisme abdominal a beaucoup augmenté : le ventre est très volumineux et tendu, les anses se dessinent sous la paroi, péristaltisme.

La constipation n'a pas cédé à plusieurs lavements ; le toucher rectal n'a rien révélé de spécial ; il y a un peu de gonflement des veines de l'anus.

L'enfant n'a pas rendu de sang par en bas, mais il n'y a toujours pas de symptômes de réaction péritonéale : le pouls est bon ; l'enfant n'a pas vomi. On a toujours de la matité avec obscurité à la base droite.

On donne coup sur coup deux lavements glycélinés qui restent sans résultat. On procède alors à un grand lavement à la sonde et au curage digital : on ramène un demi verre de matières pâteuses, décolorées, très fétides. On donne ensuite 15 grammes d'huile de ricin, que l'enfant garde, mais encore sans résultat.

Trois jours après l'entrée, l'état général s'aggrave, il y a du battement des ailes du nez, une vive dyspnée, des symptômes de broncho-pneumonie.

L'abdomen reste toujours très météorisé, avec distension des anses et péristaltisme ; on sent à la palpation quelques masses un peu molles qui s'effacent à la pression.

Le pouls est un peu rapide (140).

Le malade est montré pour la deuxième fois au docteur Nové-Josserand, chirurgien de la Charité, qui écarte toute idée d'intervention en raison des phénomènes pulmonaires graves apparus, en raison aussi de ce fait qu'il n'y a pas de symptômes péritonéaux ; l'enfant en effet n'a pas vomi une seule fois depuis l'entrée, il n'y a pas de hoquet.

Les jours suivants le tableau devient surtout pulmonaire, la température monte, la dyspnée augmente : on a des signes nets de bronchopneumonie pseudolobaire à l'auscultation.

L'abdomen reste toujours distendu, mais sans vomissement.

Autopsie : Poumon. — Lésions étendues du poumon du type lobaire.

Abdomen. — Pas de liquide dans le péritoine, pas d'exsudats ; les anses sont libres et à peine congestionnées par place. Dilatation extrême du côlon transverse et de l'estomac ; les anses grêles sont affaissées, rien dans leur intervalle. rien qui les comprime. Avant toute éviscération, on explore soigneuse-

ment l'intestin en le déroulant sur place. On ne sent rien d'anormal sur le gros intestin, l'appendice est sain. Mais en déroulant l'intestin grêle, on sent au travers des parois des paquets, disposés de loin en loin, donnant une sensation très spéciale de pelotons de ficelles qui parfois distendent très fortement le calibre intestinal ; la simple sensation de contact permet déjà d'affirmer qu'il s'agit de vers intestinaux.

Enfin presque au début de l'intestin grêle, on tombe sur une invagination nette qui ne cède pas à une première traction ; juste au-dessous d'elle on sent encore un peloton de vers intestinaux.

Après éviscération, on se rend compte que l'invagination siège à 40 centimètres du pylore : elle finit par céder à une traction un peu forte ; le manchon intérieur qui appartient à la portion supérieure de l'intestin mesure environ 4 à 5 centimètres. Pas d'adhérences ; pas de réaction du péritoine à ce niveau.

Après incision, on trouve sur la muqueuse, au niveau de l'invagination, deux larges ecchymoses, peu profondes cependant.

Juste au-dessous, on trouve un premier peloton de trois gros vers intestinaux, dont la présence est nettement en rapport avec l'invagination.

En poursuivant l'exploration de la cavité intestinale, on retrouve toute une série d'ascarides quelquefois isolés, le plus souvent groupés par pelotons de 2 ou 3.

Au total on en compte 26 mesurant de 10 centimètres à 20 centimètres de longueur. Tous sont inertes. Il n'y en a pas dans le gros intestin.

Pas de lésions de la muqueuse intestinale.

Rien à signaler du côté des autres organes.

OBSERVATION V (Résumée).

Stepp. — (*Munchener med. Wochens*, 1887, p. 113)

*Occlusion intestinale. — Mort. — Autopsie. — Peloton
d'ascarides oblitérant l'intestin*

Un jeune enfant âgé de quatre ans pris brusquement d'une occlusion intestinale à laquelle il succombe au bout de quatorze heures, après qu'il eut rendu un ascaride par la bouche et rejeté par l'anus une sérosité sanguinolente.

Autopsie. — On trouve 40 à 50 vers formant une masse au-dessus de la valvule iléo-cæcale ; 30 à 35 furent encore rencontrés plus haut dans l'intestin grêle : l'estomac en contenait 2 et l'œsophage 1. Il existait en outre des lésions du péritoine au début.

OBSERVATION VI (Résumée)

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, juillet 1861, rapportée par Simon. — *Revue méd. de l'Est*, 1892.)

Occlusion. — Mort. — Autopsie : peloton d'ascarides

Un homme âgé de trente-huit ans, cultivateur, présentant toutes les apparences d'une parfaite santé, sauf les inconvénients que lui occasionnait de temps en temps la présence d'ascarides lombricoïdes, dont il se débarrassait en absorbant deux fois par an, une dose de Semen Contra, omit l'année dernière de suivre cette sage habitude. Il fut pris soudain au

milieu de la nuit de coliques circonscrites à la région ombilicale puis de vomissements. Des fomentations chaudes sur le ventre et des lavements de tabac n'amènèrent aucune amélioration. Quelques heures plus tard, il eut cinq vomissements dans lesquels on trouvait dix-sept ascarides.

Un remède antihelminthique fit cesser les vomissements. Vers le soir le malade eut quatre à cinq selles liquides teintées de sang, accompagnées d'un violent ténesme et de coliques : le poulx devint faible et fréquent, la faiblesse fit des progrès, l'angoisse se peignit sur le visage et le malade succomba.

Autopsie. — On trouva de très nombreux ascarides dans l'iléon dont la muqueuse était très enflammée et dans le cæcum un amas de soixante-dix-sept ascarides obstruant presque complètement le calibre de l'intestin.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Bretonneau. — *Traité de la diphtérie.*)

Occlusion. — Ascarides. — Mort. — Autopsie

Il s'agit d'un enfant de huit ans qui fut pris de serrement à l'œsophage, de nausées, de mouvements convulsifs et de douleurs aiguës dans le ventre qui lui arrachaient des cris. A l'autopsie il existait une pelote d'ascarides entrelacés, bouchant l'intestin, la membrane muqueuse correspondante à cet obstacle était comme meurtrie et détruite par le froissement et l'attrition causée par les vers.

OBSERVATION VIII

(Perassi. — *Semaine Médicale*, 1902)

Ascarides dans hernie inguinale. — Opération.

Guérison.

Un homme de soixante ans était porteur depuis nombre d'années d'une hernie inguinale jusque-là à peu près bien supportée ; lorsque survinrent des troubles abdominaux caractérisés par des coliques, des digestions pénibles, de la constipation et un amaigrissement rapide. Cet état persistait depuis trois mois environ, quand ce vieillard fut pris au matin de symptômes d'étranglement (sensation de tension de la tumeur herniaire devenue douloureuse et irréductible, nausées, hoquet.)

Après quelques tentatives de taxis d'ailleurs bien vite abandonnées, on pratique la kélotomie, le sac contenait un anse d'intestin grêle, noirâtre et vide, mais sans trace de perforation ni de sphacèle. Le collet du sac ayant été débridé, M. Perassi voulut se rendre compte de la cause pour laquelle l'intestin hernié ne renfermait aucune matière ; dans ce but il commençait à l'attirer doucement à l'extérieur pour examiner l'anse afférente, lorsqu'il eut l'impression qu'un corps mollassé du volume d'une grosse noix rétrocedait dans l'intestin à mesure qu'il déroulait celui-ci. C'était sans doute la cause de l'obstruction qui venait ainsi d'être éloignée. Après réduction, le canal inguinal fut reconstitué et le ventre partiellement refermé. Les suites opératoires furent tout à fait normales, mais au cinquième jour comme le malade n'avait pas encore eu de selles malgré l'administration d'un lavement

salé, on lui injecta dans le rectum un litre d'huile d'olives et ce moyen amena l'expulsion d'un certain nombre d'ascarides dont quatre étaient pelotonnés ensemble et représentaient vraisemblablement les agents de l'obstruction intestinale dont avait souffert le malade.

CLINIQUE

De ces huit observations rapportées et dans lesquelles on signale l'action néfaste des ascarides, est-il possible de tirer une conclusion permettant de diagnostiquer non pas l'obstruction intestinale mais la cause.

A la rigueur, en examinant avec une très grande attention chacun des symptômes, un clinicien pourrait peut-être reconnaître, se douter de sa vraie cause.

La douleur est rarement très vive, elle est le plus souvent sourde, diffuse, avoisinant l'ombilic. Dans l'observation I (cas de Renon) elle s'irradiait vers la fosse iliaque droite, dans cette dernière on percevait à la main une sensation d'empâtement, quelquefois cependant la douleur revêt la sensation d'une barre; le malade de Rocheblave accusait très nettement cette sensation dans le côlon transverse.

Le météorisme et le péristaltisme existent comme dans l'occlusion ordinaire mais moins accentués, plus inconstants.

La constipation est la règle, mais cette règle souffre de nombreuses exceptions (obs. III. de Simon), le petit malade a eu une selle à la suite d'un lavement

salé. Le malade de Stepp (obs. V) a rejeté par l'anus une sérosité sanguinolente ; quelquefois même une petite selle évacue un ascáride.

Presque partout on a la sensation plus ou moins flou de tumeur mobile donnant, et ceci est très important, la sensation de ficelles pelotonnées (malade de Clément, obs. I).

La fièvre est constante pour une double raison : 1^o rétention de matières, auto-intoxication ; 2^o présence d'un élément septique, l'ascaride.

Nous pouvons dire en résumé que l'occlusion intestinale due aux ascarides présente quelquefois un signe fidèle, selles sanglantes, qui permet de soupçonner ; un signe précieux, l'évacuation d'ascarides à l'état adulte ou sous formes d'œufs par l'anus, qui permet presque d'affirmer la présence des helminthes.

Les vers peuvent produire des accidents d'obstruction par trois modalités différentes :

1^o Les ascarides forment un bouchon, les vers s'enchevêtrent, diminuent d'abord la lumière de l'intestin, alors on a des signes d'occlusion incomplète ; ou obturation sévère on a une occlusion totale ;

2^o Les vers se trouvent réunis dans une sorte de cui-de-sac, observation I, c'était le diverticule de Meckel ; observation VIII, c'était une hernie inguinale ; dans ces deux cas la responsabilité du ver, si l'on peut s'exprimer ainsi, est atténuée, car il y a là une anomalie favorisant grandement des accidents péritonéaux ;

3° Une autre modalité est l'invagination ; le péristaltisme, provoqué et exagéré par la présence irritante des ascarides agissant comme corps étranger amène le glissement de la portion supérieure de l'intestin dans l'inférieure (obs. IV);

4° Deux catégories d'accidents peuvent se trouver réunies : peloton de vers et invagination, par exemple observation IV.

Le pronostic est grave, mais non désespéré sur huit observations : nous avons le malade de Renon (obs. I), qui guérit il est âgé de quatre ans et demi ; la fillette de Rocheblave, âgée de neuf ans (obs. II) ; le malade de Simon, âgé de onze ans (obs. III) ; le malade de Pérassi, âgé de soixante ans (obs. VIII).

Mais, et nous insistons sur ce point important, tous ces malades ont été opérés. Les cinq autres sont morts, il est juste de remarquer avec M. Porrot qu'il s'agit, dans l'observation IV, d'une occlusion incomplète avec broncho-pneumonie, le tout compliqué d'une invagination comme nous l'avons déjà signalé. Les malades de Stepp (obs. V), de Bretonneau (obs. VII), de Simon (obs. VI), sont décédés : aucun n'avait été opéré. En terminant nous disons que l'occlusion intestinale, due aux ascarides et soignée à temps chirurgicalement, guérit dans une très forte proportion.

DEUXIÈME PARTIE

MIGRATIONS NORMALES DES ASCARIDES

Au début nous disions, l'ascaride peut être en nombre suffisant, s'agglomérer et constituer un obstacle au cours des matières; mais, ajoutons-nous, cet ascaride se meut et par conséquent il peut émigrer hors de ce que nous appellerons son habitat ordinaire : l'intestin grêle.

Dès 1860, dans un travail très complet, C. Davaine publiait un grand nombre d'observations très intéressantes relatant des migrations de l'ascaride à travers l'économie tout entière. Blanchard en cite un certain nombre également. On peut dire que partout on a rencontré des ascarides, mais il est une remarque que nous tenons à indiquer dès ici : Par le fait même qu'à l'autopsie on a trouvé des vers dans un organe, il faudrait se garder de conclure que ces vers s'y trouvaient nécessairement pendant la vie du malade ou bien qu'ils occupaient avant la mort du porteur la situation dans laquelle on les découvre. Les vers en effet vivent encore plusieurs heures après

la mort de leur hôte et le milieu où ils se trouvent se refroidissant, ils ont des mouvements assez énergiques, des contractions assez puissantes pour traverser des orifices qui d'ailleurs ne leur offrent plus qu'une résistance très insignifiante pour ne pas dire absolument nulle.

Des lombrics ont été signalés dans le gros intestin, l'estomac, l'œsophage, les fosses nasales, l'oreille, les voies lacrymales. En 1716 Winslow, cité par Andry, trouve au bout du pharynx, derrière la luvette, un ver long et rond ressemblant, dit-il, aux vers qu'on trouve ordinairement dans l'intestin. Ruggi parle d'une fille de vingt-trois ans, qui à la suite de coliques, vomit un liquide acide dans lequel on reconnut les œufs du parasite. Hanes cite également le cas d'un enfant qui expulsa sous l'influence de dragées de santoline, 83 ascarides.

Bruneau, médecin à Amboise, raconte qu'il aperçut un lombric sorti en partie du conduit auditif externe d'une jeune fille de vingt-deux ans.

Nous rapportons trois observations qui nous paraissent intéressantes.

Nous avons cru devoir diviser les migrations normales en deux parties :

a) Migrations normales des ascarides dans annexe du tube digestif ;

b) Migrations normales des ascarides par une solution de continuité indépendante de leur action.

a) Migrations normales dans annexe
du tube digestif.

OBSERVATION IX

(G. Etienne, agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy.

Archives générales de Médecine, 1896.)

*Cancer du foie. — Généralisée et hépatite suppurée :
Ascaridose*

M^{me} H..., âgée de quarante-trois ans, sans profession, est amenée au service le 19 août 1895.

C'est une femme de constitution moyenne, assez bien développée, dans les antécédents personnels de laquelle nous ne relevons rien de particulier. Le père serait mort à cinquante-neuf ans, tuberculeux ; la mère aurait succombé à quarante-neuf ans, à une affection stomacale chronique, probablement de nature cancéreuse.

Depuis un temps assez long, qu'il est impossible à la malade de préciser, elle aurait éprouvé des douleurs vagues dans l'abdomen, mais n'ayant jamais revêtu la symptomatologie des coliques hépatiques. Depuis deux mois douleurs plus vives, assez nettement localisées vers la région lombaire. Il y a quinze jours, brusquement, apparition de douleurs plus violentes et d'un ictère intense ; depuis lors, les selles sont décolorées, les urines foncées, l'état s'aggrave à partir du 16 août, et la malade sollicite son entrée.

A ce moment on remarque une détérioration très marquée.

de l'état général; adynamie ; amaigrissement ; température 38°7. Pouls 132. Ictère très intense, très prononcé sur toute la surface du corps. La langue est blanche, sèche, rugueuse ; anorexie complète; vomissements répétés depuis deux jours. Les selles, complètement décolorées, ressemblent à du mastic. Le ventre est dur, résistant au palper, ballonné. Le foie est très hypertrophié, remontant à droite jusqu'à la côte et, en bas, au niveau de la ligne médiane, dépassant de sept travers de doigt la ligne du rebord des fausses côtes ; à la palpation on sent son bord resté assez tranchant et, en palpant profondément, en déprimant largement la paroi abdominale vers la ligne médiane, on arrive, derrière et sous le rebord du foie, sur une masse globuleuse, de consistance très dure, ayant le volume approximatif d'une mandarine. Douleurs extrêmement vives à ce niveau : d'une façon générale la surface du foie paraît assez lisse :

On ne trouve pas la vésicule biliaire.

Pas d'hypertrophie de la rate.

Le pouls a 132 pulsations à la minute, est petit, rapide, assez dépressible.

La pointe du cœur bat sur la ligne mamillaire, sous la cinquième côte ; le premier bruit est sourd.

Dyspnée légère, l'examen de l'appareil respiratoire ne révélant cependant qu'une respiration un peu exagérée, supplémentaire vers les sommets, due au refoulement des lobes inférieurs du poumon par le foie hypertrophié.

Les urines sont très foncées, brunes ; l'adjonction de teinture d'iode diluée révèle la présence d'une grande quantité de pigments biliaires.

La malade a des pertes depuis un mois, du côté de l'appareil nerveux, nous n'avons à noter que de l'insomnie persistante.

21 août. — Température matin 40°6, soir 41 degrés. Pouls matin 150, soir 146. L'état général s'est aggravé ; les traits se tirent, les yeux s'excavent ; la peau est sèche, rugueuse. On a le tableau clinique d'une véritable septicémie. Douleurs abdominales très intenses, continues.

Les jours suivants, les phénomènes généraux s'accroissent encore ; la fièvre continue, prend le type à grandes oscillations, atteignant ou dépassant 40 degrés tous les soirs.

26 août. — Apparition d'un peu d'ascite.

27 août. — L'ictère s'est encore foncé ; les douleurs abdominales et lombaires persistent aussi intenses. Adynamie, prostration, affaissement. La malade vomit plusieurs ascarides lombricoïdes.

La malade meurt le 29 à six heures du matin.

Autopsie. — Le 29 à neuf heures du matin.

A l'ouverture de l'abdomen on constate un peu d'ascite.

Le foie présente avec le péritoine et le diaphragme quelques adhérences par périhépatite ; il est énorme, remplissant presque tout l'abdomen et arrivant de tous côtés au contact avec les côtes. La face supérieure remonte au-dessous de la première côte jusqu'à 11 centimètres à droite, 15 centimètres à gauche ; le lobe droit mesure 26 centimètres de hauteur, le lobe gauche 18 centimètres ; la largeur totale est de 26 centimètres, détaché son poids total est de 4.800 grammes. Le foie est farci de masses néoplasiques dont les dimensions varient entre celles d'un grain de mil et celles d'une noisette ; plusieurs forment bosselures à la surface.

Au niveau de l'appendice xyphoïde, deux portions du foie un peu étranglées à leur base par une bride, constituent les deux profondes lobulations constatées par le palper dans l'examen clinique.

Vers le hile, au niveau de la petite courbure de l'estomac, on trouve de petits ganglions ayant le volume de fèves, absolument incapables de provoquer par compression un rétrécissement des vaisseaux biliaires.

Mais on trouve le canal cholédoque complètement rempli par un ascaride lombricoïde mort.

La vésicule biliaire est un peu dilatée; à son ouverture, il s'écoule un flot de pus franc, verdâtre, bien lié (cholécystite suppurée). Au milieu de ce pus, trois calculs biliaires gros comme des noisettes. Les parois de la vésicule sont épaissies mais unies, et l'examen histologique montre qu'elles ne sont pas envahies par la néoplasie. Mais sur le canal cystique, on constate l'existence d'une virole cancéreuse étranglant complètement le vaisseau. Le cathétérisme rétrograde avec une fine sonde est impossible. Pas de calcul arrêté.

Estomac. — Quelques ecchymoses à la surface de la muqueuse; pas de trace de tumeur.

A l'ouverture de l'organe on y trouve deux ascarides vivants.

Pancréas. — Volumineux, très dur, pas de néoplasme.

Rate. — Friable, diffluente.

La colonne vertébrale, les organes génitaux urinaires, les reins, les capsules surrénales, etc., sont soigneusement examinés; nulle part on ne trouve place de cancer primitif pouvant être la source de la généralisation hépatique.

Examen bactériologique. — Cultures. Deux jours avant la mort, du sang est recueilli avec de minutieuses pré-

cautions à l'extrémité du doigt; ensemencé sur gélose, il donne naissance à des colonies nombreuses.

Le pus de la cholécystite, aseptiquement recueilli, est ensemencé sur gélose, cultures abondantes.

Les colonies ensemencées dans du bouillon, sur gélose, gélatine, pomme de terre, donnent toutes les réactions du coli-bacille; dans le bouillon il forme de l'indol et fait fermenter la lactose.

Il s'écarte cependant un peu du coli-bacille classique en ce qu'il ne coagule pas le lait.

Lamelles. — Examinées sous le microscope, les colonies sont constituées par de courts bâtonnets, très mobiles, se décolorant par le Gram.

Le pus, examiné sur lamelles, renferme des bacilles de tous points semblables; on n'y retrouve aucune forme microbienne.

Inoculation. — Quelques gouttes d'une culture, sur bouillon gras, âgée de quarante-huit heures, sont inoculées dans le tissu cellulaire du dos d'un cobaye, qui meurt au bout de vingt heures; du sang du cœur ensemencé sur gélose donne des colonies semblables aux précédentes.

OBSERVATION X

(Gaide. — *In Lombricose. Son rôle en pathologie exotique.*)

Ascaridose généralisée et hépatite suppurée

Chu-Van-Hut, tirailleur de 2^e classe du 1^{er} Tonkinois, n^o matricule 3.277, évacué à Yen-Bay, pour cachexie palustre, entre à l'ambulance de Son-Tay, le 8 juillet 1902, pré-

sentant les symptômes suivants : fièvre, congestion du foie avec hypertrophie de l'organe, splénomégalie assez accusée, ictère généralisé, ventre ballonné et douloureux à la pression ; troubles gastro-intestinaux avec nausées et diarrhée ; douleurs assez vives dans l'hypochondre droit, fatigue très grande rendant la marche impossible. Amaigrissement très prononcé.

11 juillet. — Au matin, on constate que le malade présente de la fièvre bilieuse, hémoglobinurique ; les urines sont d'une coloration noirâtre, semblables à du Bitter et contiennent de l'albumine, température 38 degrés ; les selles liquides et de coloration noire, très odorantes, contiennent une dizaine de gros ascarides.

La température présentant une exaspération vespérale, et le malade continuant à souffrir du côté du foie, une ponction est pratiquée sous le rebord des fausses côtes et dans le neuvième espace intercostal sur la ligne axillaire. Le résultat est négatif ; on ramène tout simplement du sang.

19 juillet. — Deux gros ascarides sont expulsés par la bouche dans un effort de vomissement ; les selles en contiennent une grande quantité, il en est de même les jours suivants.

Le malade est dans un état désespéré, l'alimentation est presque impossible, car les vomissements sont très fréquents. On constate des signes très nets de péritonisme et de myocardite, avec souffle au premier temps à l'orifice pulmonaire et à l'orifice mitral ; le pouls est petit, rapide, filiforme. Le décès a lieu le 29 au matin.

Autopsie. — Pratiquée dans la soirée, donne lieu aux constatations suivantes, brièvement exposées.

Un ascaride est expulsé par l'anus et un autre par la bou-

che ; le ventre est fortement ballonné. Congestion pulmonaire des deux côtés ; les poumons pèsent 1600 grammes ; des deux côtés adhérences pleurales à la paroi thoracique avec le diaphragme. A la coupe on trouve dans le poumon droit en plein tissu pulmonaire un ascaride mesurant 15 centimètres de long. La cavité péricardique contient du liquide en grande quantité ; les parois sont épaissies et décolorées. Cœur pesant 280 grammes à parois flasques et décolorées ; teinte feuille morte à la coupe.

Cavité abdominale. — Foie pesant 2 kgr. 100, présentant un tissu décoloré, grasseux, très friable et trois abcès de la grosseur d'une petite mandarine, siégeant les deux premiers dans le lobe droit, et le troisième au centre du lobe gauche ; ces trois abcès contiennent du pus en quantité, pus épais, grumeleux, au milieu duquel baignent plusieurs petits ascarides pelotonnés les uns sur les autres.

Les canalicules biliaires très distendus renferment également de ces parasites. La vésicule biliaire, d'une couleur blanchâtre, presque transparente, est peu distendue. Le canal cholédoque, volumineux, dilaté, avec parois indurées, est farci de lombrics.

Rate de moyen volume 330 grammes, adhérente par sa face supérieure avec le lobe gauche du foie.

Pancréas altéré, friable avec présence de deux ascarides à l'une de ses deux extrémités.

Reins. — Aucune lésion macroscopique.

Tube digestif. — Présence d'un gros ascaride à la partie supérieure de l'œsophage ; l'estomac distendu, altéré (lésions de gastrite chronique) renferme six ascarides. L'intestin grêle et le gros intestin sont farcis d'ascarides dans toute

leur étendue, ils présentent des lésions variables ; en plusieurs points ce sont des anses intestinales fortement distendues, et d'autres pour ainsi dire rétrécies, quelques-unes ont leurs parois altérées, très amincies, avec disparition presque complète de la muqueuse ; à la partie inférieure du côlon descendant existe une vaste ulcération perforante, sous laquelle se trouve un gros lombric, rien du côté du cæcum. L'appendice est très adhérent.

Les ganglions sont très augmentés de volume.

Conclusion. — Mort survenue par perforation intestinale et myocardite chez un malade atteint de cachexie palustre et présentant en outre de l'angiocholite et de l'hépatite suppurée, ainsi que de la gastro-entérite causée par une ascaridose généralisée.

OBSERVATION XI

(In Gaide. — Lombricose.)

Ascaridose et hépatite suppurée

Il s'agit d'un tirailleur, entré à l'ambulance de Sontay, pour dysenterie chronique et opéré quelques jours après, en janvier 1895, pour un abcès du foie. Le lendemain de l'opération, en faisant un lavage de la cavité abcédée, on retire un gros ascaride, mesurant 31 centimètres. Le malade mourut quelques jours après, et l'autopsie montrait qu'il n'existait ni perforation intestinale, ni communication de l'abcès, siégeant dans le lobe gauche, avec le péritoine.

CLINIQUE

Les localisations de l'ascaride sur le foie ont attiré l'attention de tous les observateurs. Davaine le premier avec un très grand soin et une attention remarquable les a étudiées. Des différentes constatations qu'il a faites il a cru pouvoir déduire que les manifestations morbides de l'ascaride sur le foie se produisaient de façons différentes et il a divisé les observations qu'il rapporte en les sériant sous sept titres différents :

1° Les ascarides ont été rencontrés dans le canal cholédoque, le reste du ver étant encore dans le duodénum ;

2° Dans le canal cholédoque ou dans la vésicule ;

3° Dans les conduits biliaires plus ou moins dilatés sans altération du foie ;

4° Dans les conduits biliaires rompus ;

5° Dans le tissu du foie plus ou moins altéré ;

6° Dans le tissu du foie avec abcès ;

7° Dans un kyste hydatique du foie ;

Il cite 37 observations d'après lesquelles on voit clairement que les ascarides lombricoïdes envahissent les voies biliaires pendant la vie de leur hôte en

s'introduisant de l'intestin dans le conduit cholédoque d'où ils gagnent soit la vésicule biliaire, soit les conduits hépatiques. Davaine croit pouvoir mettre comme condition à cette migration la dilatation préalable des canaux biliaires.

Cette complication est particulière à l'âge adulte, ou du moins au début de l'adolescence. Davaine dans 28 cas indique que 8 fois le malade avait moins de quinze ans, 20 fois il était plus âgé.

Les 3 cas que nous citons sont l'histoire de deux soldats rapportés par Gaide chez Chu-van-Hué (obs. X), le diagnostic de cachexie palustre, myocardite, angiocholite avait été porté, l'autopsie compléta le diagnostic en révélant de la lombricose généralisée.

L'observation XI nous montre la question sous un autre jour, le malade est opéré, mais la terminaison est fatale.

La malade d'Etienne (obs. IX) nous offre le tableau complet de la rétention biliaire et de ses accidents, là encore accidents de la cholécystite suppurée avec cancer préexistant.

Il est une remarque générale, jamais la présence des ascarides dans les voies biliaires n'a été soupçonnée ; dans nos trois observations, seule la lésion du foie a été diagnostiquée, mais il est loin d'en être toujours ainsi ; il est vrai que les symptômes produits par la présence des ascarides sont très variables. Les phénomènes les plus fidèles ont été, la fièvre, une douleur plus ou moins vive à l'hypochondre,

l'ictère, des convulsions, des vomissements, la diarrhée.

De toutes les migrations normales des ascarides, les migrations dans le foie et les canaux biliaires sont parmi les plus graves et Dupré dans sa thèse inaugurale a particulièrement étudié les complications de cette nature et il insiste surtout sur le rôle infectieux de l'ascaride dont il assimile l'entrée dans les conduits du foie à un cathétérisme septique.

Migrations normales des ascarides pour une solution de continuité indépendante de leur action.

Les ascarides peuvent sortir par une voie naturelle comme nous l'avons vu au chapitre précédent, mais ils peuvent aussi quitter l'intestin par une voie anormale consécutive à un accident pour lequel ils ne sauraient être mis en cause : tel est le cas rapporté par Rabetz que nous extrayons de la *Semaine médicale*, 1906.

OBSERVATION XII

(Rabetz. — *Semaine Médicale*, 1906)

Evacuation d'ascarides à travers une plaie pénétrante de la paroi abdominale et de l'intestin grêle

Un garçon de quatre ans est admis à l'hôpital pour une plaie abdominale consécutive à un coup de corne de vache. La

plaie est située à 1 cent. 5 en dehors du bord externe du muscle droit de l'abdomen et à 2 cent. 5 au-dessus du ligament de Poupart, du côté droit se trouvait une anse prolabée de l'intestin grêle. On procéda aussitôt à l'opération sous la narcose chloroformique.

Au cours de la réduction de l'anse intestinale on constate une déchirure que l'on obtura par deux points de suture et on fit un tamponnement d'après le procédé de Mikulicz.

Lorsque au bout de quelques jours le tampon fut enlevé, l'anse intestinale blessée se trouvait en contact immédiat avec les bords de la plaie de la paroi abdominale et l'élimination d'un point de suture laissaient une petite fente intestinale. Celle-ci forma avec l'orifice de la paroi intérieure de l'abdomen une fistule abdomino-intestinale.

Huit jours après l'intervention on trouve sous le pansement un ascaride mesurant 11 centimètres de long et depuis lors on voit dans l'espace de quatre jours sortir par la fistule sus-mentionnée quatre autres ascarides. Le petit patient en rend d'ailleurs dans les selles.

A cette époque-là l'état général de l'enfant s'était assez amélioré. Pendant les quinze jours suivants qu'il passa encore à l'hôpital on ne trouve plus de vers sous le pansement ni dans les matières fécales.

La fistule se cicatrise rapidement et l'enfant quitte le service gardant seulement au niveau de la plaie abdominale un petit orifice qui ne dépassait pas les dimensions d'une tête d'épingle.

OBSERVATION XIII

(M. F. Lucksch. — *Semaine Médicale*, 1905.)

Ascarides formant des embolies dans l'artère pulmonaire.

L'observation publiée par l'auteur — et qui paraît unique en son genre — a trait à un jeune homme de vingt-cinq ans, qui, étant en état d'ivresse, tenta de se suicider en se tirant un coup de fusil dans la région abdominale. Le projectile, qui se trouvait sous la peau du dos, fut extrait par un médecin appelé aussitôt l'accident ; néanmoins, au bout de quelques jours, le blessé se fit recevoir à l'hôpital, où son état se montrait tout à fait satisfaisant, lorsque, cinq jours après son admission, on vit survenir une élévation brusque de la température, en même temps qu'on constatait de la matité, en arrière à la base droite du thorax, les bruits respiratoires paraissant affaiblis à ce niveau. Dans la suite, le patient se plaignit de fortes douleurs dans la même région et, dépérissant de plus en plus, il finit par succomber au bout d'une huitaine de jours.

A l'autopsie, on trouva de la gangrène du lobe inférieur du poumon droit ; de plus, on constata, du côté gauche, dans les ramifications de premier et second ordre de l'artère pulmonaire, d'une part, la présence de thromboses adhérentes à la paroi vasculaire et remplissant complètement la lumière du vaisseau, et, d'autre part, l'existence de bouchons obturateurs, encore mobiles, hyalins et brillants. En disséquant l'artère pulmonaire, on ne fut pas peu surpris de trouver, à l'intérieur de ce vaisseau, deux ascarides, dont l'un

s'était engagé dans la branche droite de l'artère, l'autre s'étant insinuée dans la branche gauche. L'intestin contenait 13 autres lombrics.

Dans la cavité abdominale, on nota l'existence de blessures multiples dues au coup de feu et qui intéressaient le foie, l'estomac, le canal cholédoque et la veine cave inférieure. Ces plaies étaient, toutefois, en bonne voie de cicatrisation, et le patient aurait sûrement pu guérir (d'autant plus que l'hémorragie abdominale avait été légère et s'était rapidement arrêtée), si la présence de lombrics dans les voies digestives n'était pas venue créer une complication mortelle. Les choses se sont probablement passées de la manière suivante : les deux ascarides trouvés dans l'artère pulmonaire s'étaient échappés soit par la plaie du canal cholédoque, soit par celle du pylore, et, suivant le trajet de la blessure, avaient pénétré dans la veine cave inférieure d'où ils avaient ensuite été entraînés par le courant sanguin dans le cœur droit et de là dans l'artère pulmonaire. Ces faits ont dû se produire au moment où l'on nota, chez le malade, une élévation de la température, et c'est évidemment le contenu intestinal transporté par les lombrics qui a déterminé la gangrène du lobe inférieur du poumon droit. L'évolution de celle-ci et les mouvements des parasites logés dans l'artère pulmonaire expliquent les douleurs qu'éprouva le patient pendant les derniers jours de sa vie.

OBSERVATION XIV

(M. N. Soma. — *Semaine Médicale*, 1905.)

Sur l'importance des ascarides dans la chirurgie abdominale

Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans, qui fut admis à l'hôpital pour une hernie crurale droite étranglée. On procéda à l'opération, au cours de laquelle on constata l'existence d'une petite perforation intestinale ; celle-ci ayant été complètement oblitérée au moyen d'une suture de Lembert, on réséqua le sac, mais sans réintégrer l'anse herniée dans la cavité abdominale ni suturer la plaie extérieure. Pendant les premiers jours qui suivirent l'intervention, on ne remarqua rien d'irrégulier ; mais bientôt après, le patient déclara éprouver, au niveau de la plaie, des fourmillements, et, le pansement une fois enlevé, on trouva, au milieu de matières fécales semi-liquides, un lombric vivant, qui mesurait 12 centimètres de long. Après avoir nettoyé la plaie, l'auteur fut à même de se rendre compte que les points de suture non encore résorbés étaient écartés, laissant entre eux une petite fistule. Comme les adhérences qui s'étaient formées tout autour empêchaient de réaliser un nouvel essai de suture, on laissa cette fistule se fermer d'une manière spontanée, en avivant simplement ses bords et en assurant les évacuations alvines au moyen de lavements.

CLINIQUE

Le malade dont Rabetz rapporte l'histoire reproduit en somme artificiellement ou plutôt accidentellement le phénomène qui doit se passer en réalité dans l'intérieur de l'abdomen et qui aboutit aux perforations intestinales et autres. Ici l'intestin est prolabé, première condition d'affaiblissement, il ne se trouve plus dans les conditions ordinaires de bonne vitalité, de plus il est perforé par la corne de taureau : l'opération est pratiquée mais pendant quelque temps il y a là un point faible. Deux points de catgut sont placés, l'un en contact probablement avec l'ascaride qui est septique devait forcément s'éliminer les conditions d'asepsie faisant défaut : une fistule se produit et un ver sort tel est le schéma de ce que nous croyons être la règle des perforations. L'enfant d'ailleurs guérit parfaitement.

L'observation XIII rapportée par Lucksch est une curieuse constatation des désordres que peuvent causer les ascarides. Et à la Société médicale de Nancy, en 1893, le professeur Prenant, en collaboration avec Chevalot, rapporte l'histoire d'un ascaride trouvé dans la veine cave inférieure d'un homme mort avec des symptômes particuliers d'asphyxie.

Dans le cas de Lucksch les ascarides ont dû séjourner dans l'artère pulmonaire assez longtemps, si l'on s'en rapporte à l'état du trajet de la blessure abdominale, la cicatrisation très avancée de cette dernière ne pouvait pas laisser supposer la possibilité d'une migration récente des vers en question, de plus et venant corroborer en quelque sorte l'ancienneté de la migration ; les thromboses trouvées dans les vaisseaux artériels du poumon gauche paraissaient constituées depuis un certain nombre de jours déjà, à en juger par leur organisation.

Pour éviter des complications post-opératoires imputables aux ascarides, telles que celles rapportées par Soma, Alessandro a proposé d'adopter la façon d'agir suivante : Si on soupçonne la présence d'ascarides, il faut dérouler et palper systématiquement l'intestin, aussi loin qu'on le peut. Si l'on vient à découvrir des parasites trop éloignés de la plaie pour être extraits par la plaie intestinale, il faudrait, suivant cet auteur, inciser l'intestin au point voulu et les extraire ainsi directement, pourrait-on dire. Soma condamne avec raison, croyons-nous, cette façon d'agir, car elle a le grand tort d'augmenter le traumatisme en pratiquant une seconde ouverture de l'intestin, mais le moyen que préconise Soma est assez original : Par la plaie déjà pratiquée, on introduirait une solution antihelminthique qui anesthésierait, en quelque sorte, les parasites, et permettrait au chirurgien d'administrer quand bon lui semblerait, le remède qui les expulserait.

TROISIÈME PARTIE

GÉNÉRALITÉS

Les ascarides non seulement se meuvent et peuvent par leur présence déterminer des accidents plus ou moins graves mais encore, et ici nous touchons à une des questions les plus intéressantes, parce que les plus controversés, de notre travail, ils peuvent devenir la cause d'inflammation et déterminer des perforations du tube digestif.

La grande majorité des médecins refuse, aux entozoaires en général et aux nématodes en particulier, la faculté de déterminer des lésions profondes, de véritables perforations. Cette opinion a été ainsi formulée par Cruveilhier.

« Les vers trouvés dans la cavité du péritoine ou dans quelques abcès stercoraux, n'y étaient point arrivés en perforant l'intestin, la perforation avait précédé leur passage. » (*Dictionnaire de Méd. et de Chir. prat.*, t. VII, p. 338.)

Quelques années plus tard Monnière et Charcelay reprennent la question et n'adoptant pas les idées de Bremser à Rucolphi, soutiennent la possibilité de la perforation vermineuse active.

Leurs adversaires objectent les deux arguments suivants : 1° L'histoire naturelle démontre que ces helminthes ne sont pas pourvus d'une tête qui puisse agir à la manière d'une vrille ou d'un suçoir et soit susceptible d'acquérir assez de force en s'érigeant pour traverser les tuniques intestinales comme l'affirmait Brera ; 2° en outre, dans tous les cas où l'on a vu des vers intestinaux soit dans la cavité du péritoine, soit dans la vessie, soit enfin à l'ouverture d'un abcès, ils s'étaient échappés du canal intestinal au travers d'une perforation préexistante.

Mondière admet avec Lieutaud, Lassus, Sédillot la possibilité de la perforation des parois intestinales par les ascarides ; il ne croit cependant pas que ces entozoaires rongent les tuniques de l'intestin au moyen des trois tubercules que présente leur extrémité antérieure, mais s'appuyant sur l'autorité de Blainville, il pense que la tête de l'ascaride pointue et jusqu'à un certain point susceptible d'érection, suffit non pas pour détruire et perforer largement les parois de l'intestin, mais pour écarter lentement et progressivement les fibres des différentes tuniques.

M. Mondière étaye son opinion sur le raisonnement suivant : Il existe plusieurs observations dans lesquelles on voit des vers intestinaux se pratiquer une issue à l'extérieur, au travers d'un abcès, la tumeur est ouverte au bistouri, un ver lombric est extrait, et l'on voit un pus jaunâtre qui ne contient pas de matières fécales et qui n'exhale nullement l'odeur propre aux accès stercoraux.

Charcelay confirme l'opinion de Mondière.

Barthez dans son *Traité des Maladies des enfants* se range à l'opinion des auteurs qui admettent la possibilité de la perforation des parois intestinales saines par des vers lombrics, mais en même temps il admet que dans la grande majorité des cas où l'on retrouve des vers dans la cavité péritonéale, ou dans les abcès, les entozoaires s'y sont introduits en traversant des ulcérations préexistantes de l'intestin.

La question est telle que, en 1860, Davaine écrit : « Personne ne croit plus aujourd'hui que les lombrics déterminent la gangrène ou pratiquent de larges perforations dans l'intestin ; toutefois, beaucoup de médecins admettent encore que ces vers peuvent s'insinuer entre les fibres des parois du tube digestif, ou qu'ils les ulcèrent par leur contact prolongé et Davaine continue : Si dans les faits rapportés par Mondière à l'appui de son opinion, on n'a point trouvé l'ouverture qui avait livré passage aux ascarides, c'est que, sans doute, entre le moment où la perforation s'est opérée, où le passage du lombric s'est effectué et celui où l'on fait les recherches il s'est écoulé un espace de temps assez long pour permettre à l'ulcération de se cicatriser ou bien la recherche effectuée sur le vivant a été incomplète. »

Et l'opinion de Mondière sur la formation des abcès vermineux ne trouve pas grâce davantage devant Davaine qui la réfute en ces termes : « Il ne s'agit plus de la perforation active de l'intestin par les lombrics ; ces vers agissent ici passivement. Ce

mode de perforation est une hypothèse que rien ne vient confirmer. Pourquoi leur présence serait-elle plus nuisible que l'accumulation des matières ? Combien de temps devraient-ils demeurer immobiles pour devenir nuisibles ? » Et il concluait en disant : « Les observations que Monnière a rassemblées et rapportées à l'appui de son opinion sur la formation des tumeurs vermineuses par l'accumulation des ascarides lombricoïdes dans un point du tube digestif ne prouvent nullement que les choses se soient passées comme il l'a supposé. Mais dans ce jugement ou plutôt dans cette appréciation se montrant l'homme de science qu'il était, prévoyant l'avenir en commentant le passé, Davaine ajoutait : *Des faits nouveaux observés sans système préconçu, des recherches nécroscopiques surtout, des expérimentations, mais non des hypothèses, apporteront un jour des solutions dans cette question.* Cinquante années plus tard, des expériences de laboratoire, des observations scientifiquement établies, des travaux nombreux d'anatomistes, de zoologistes, de physiologistes, devaient donner raison en partie à l'affirmation méconnue de Monnière et réaliser la prophétie de Davaine.

Et tout d'abord nous allons essayer de donner une description aussi exacte que possible de l'ascaride.

L'ascaride appartient à la grande classe des helminthes qui elle-même comprend trois subdivisions : les *Nématodes*, les *Gordides* et les *Acanthocéphales*, les helminthes appartiennent aux *Nématodes*.

Les nématodes sont tous dioïques ; leur appareil digestif est complet, il a une disposition rectiligne, et se compose essentiellement d'une bouche, d'un œsophage, d'un intestin qui débouche dans l'anus, situé à la partie postérieure du corps.

La bouche est très complexe, son organisation est très intéressante à considérer chez les *ascaris*. Les *ascaris* ont la bouche surmontée d'un appareil labial puissant, chez les ascarides lombricoïdes il comprend trois lèvres, une dorsale et deux inférieures, l'ensemble a l'aspect d'un bouton séparé du corps par un sillon très marqué. Ces trois pièces distinctes sont dentelées sur leur bord libre, leur constitution est chitineuse. Lowne ajoute que la partie antérieure de l'œsophage porte trois crêtes en forme de raquette qui alternent avec les lèvres et sont hérissées d'un grand nombre de pointes acérées.

Un point intéressant se présentait à la sagacité des zoologistes : comment l'ascaride lombricoïde se maintenait-il à l'endroit où il avait élu domicile.

Lewenhœck le premier affirma que les helminthes avaient comme point de fixation la muqueuse, comme nourriture le sang.

En 1838 Raspail identifie en quelque sorte les vers intestinaux aux sangsues : succion pour se nourrir, légère révulsion au point occupé et il l'appelait la sangsue intestinale.

Ces points rouges ont été signalés par Leroux dans un intestin contenant un grand nombre d'*ascaris*.

Friedberger et Frohner chez les chiens atteints

d'ascaridose notent la présence de nombreux petits points arrondis avec une dépression ulcéralive.

D'ailleurs on a pour ainsi dire saisi sur le fait les vers intestinaux dans leur travail de perforation, c'est ainsi que Guiard a trouvé dans l'estomac d'un dauphin des ascaris *conocephalus* dont le bouton céphalique « était profondément incrusté dans les tissus et s'y était taillé une sorte de cupule assez profonde, présentant des aspérités suffisantes pour permettre à l'animal de s'y fixer avec les dents. Guiard affirme que l'*ascaris conocephalus* et l'*ascaris lombricoïdes* ont une armature buccale identique.

Et venant confirmer ce fait, M. Weinberg le 12 mai 1906 faisait une importante communication à la Société de biologie au sujet de la fixation des helminthes sur la muqueuse du tube digestif il disait en parlant des ascarides : Nous avons également observé chez un singe qui présentait de nombreuses lésions intestinales, plusieurs ascarides dont l'un était fixé sur la muqueuse du duodénum, immédiatement au-dessous du pylore

Il nous paraît donc indiscutable maintenant, et ce malgré l'opinion de Davaine : que l'ascaride peut se fixer et se fixe en réalité soit à la muqueuse de l'intestin, soit à l'organe dans lequel il se trouve.

Prenons le cas qui nous intéresse spécialement et étudions les rapports entre les ascarides et le milieu intestinal. Les toxines ont vu leur importance consacrée par les travaux de Roux et de Yersin ; les sécrétions dans toute la série animale ont été assimilées

aux toxines, car la sécrétion est la résultante du mélange de deux organismes et la production de toxines n'est qu'un cas particulier de cette propriété. Les rapports des vers intestinaux avec les bactéries de l'intestin ont été étudiés par Picon et Ramon et surtout par le Dr Joyeux dans sa thèse inaugurale et il conclut en disant les « *parasites de l'intestin paraissent tendre à la tolérance réciproque, ils évoluent ensemble sans produire de réactions entre eux. Celles-ci n'ont lieu que lorsque les conditions de la vie commune sont modifiées, par exemple en mettant en présence deux êtres qui n'ont pas été élevés dans le même milieu (ascarides et microbes d'hôtes différents), ou si l'un d'eux vient à changer de caractère biologique d'une manière quelconque et parmi ces modifications le pouvoir pathogène joue un rôle très important.* »

En résumé, actuellement le phénomène de perforation par les ascarides peut se résumer ainsi :

1^o Fixation sur la muqueuse de l'intestin de l'ascaride à l'aide du *bouton céphalique* ;

2^o Nourriture du parasite aux dépens du sang de la muqueuse ;

3^o L'ascaride devient septique et virulent au contact de la flore intestinale.

Il y a donc :

1^o Plaie de la muqueuse ;

2^o Inoculation de la muqueuse.

Alors sous cette influence septique survenant après un traumatisme de la muqueuse, les germes patho-

gènes envahissant cette dernière donnent lieu à un petit foyer qui finit par s'abcéder et par déterminer une ulcération par où passe l'ascaride.

Nous voyons reproduit ici sous une autre forme le phénomène de migration que nous avons étudié en détail dans l'observation de Rabetz. (Obs. XII.)

Il y a défense de l'organisme. Nous avons production : 1° d'*abcès vermineux* ou d'*appendicites vermineuses*.

Il n'y a pas de réaction, alors nous voyons se produire : 2° la *péritonite généralisée*.

I. — **Abcès vermineux**

Ces tumeurs se présentent ordinairement de la façon suivante :

Le ver étant sorti de l'intestin paraît l'unique cause de l'inflammation et de la suppuration des parties qui le recèlent, à l'ouverture du foyer il sort un pus de bonne nature, un ou plusieurs vers et point de matières intestinales, il ne survient pas de fistules stercorales et la guérison est prompte.

L'observation de Sikora que nous rapportons nous paraît rentrer dans cette catégorie.

OBSERVATION XV

(*Presse médicale*, 1905.)

Abcès vermineux dus à la migration des vers intestinaux. Guérison

Ma malade, Juliette L..., âgée de soixante-trois ans, habitait un petit village de la Corrèze, elle jouissait jusqu'en novembre 1901 d'une santé excellente, elle était cependant atteinte depuis de longues années de l'ascaridose se manifestant tous les mois et même plusieurs fois par mois par le rejet par la bouche de véritables paquets de vers intestinaux. Cet état persistait sans amener de phénomènes généraux graves, lorsque vers octobre 1902, tous les accidents cessèrent sans aucune influence thérapeutique et la malade se crut spontanément guérie. Mais bientôt apparurent des troubles digestifs, légers d'abord, puis accompagnés d'une petite élévation de température le soir et d'une douleur persistante au creux épigastrique.

Le médecin consulté ne constata pas d'amaigrissement, crut qu'il s'agissait d'une dyspepsie simple et ordonna le régime lacté.

Malgré ce traitement l'état s'aggrave, les douleurs deviennent plus vives et en janvier 1902 apparaît sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic une tumeur molle, arrondie, réductible, pas très douloureuse à la pression, pour laquelle un deuxième médecin appelé en consultation fit le diagnostic de hernie de la ligne blanche et conseilla une ceinture à pelote.

A partir de ce moment l'état de la malade devient chaque jour et rapidement plus précaire. C'est alors au début de mai 1902, plus de quatre mois par conséquence après le début de la maladie que je suis amené à l'examiner après avoir été prévenu des différents diagnostics portés.

Je constatai les phénomènes suivants : localement toute la région épigastrique, depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic en hauteur et en largeur, jusqu'au rebord costal de chaque côté, était occupée par une énorme poche retombant en bissac en avant de l'ombilic et le masquant, il existait une fluctuation des plus nettes ; la réduction à la pression n'était plus appréciable. Mais dans toute son étendue, la tumeur était recouverte d'une peau rouge, amincie en un point situé au-dessous de son centre. Le diagnostic de phlegmon s'imposait.

L'état général était particulièrement grave, amaigrissement des plus marqués, température élevée, 39°,3, affaiblissement, cachexie.

Tout cet ensemble joint à la lenteur de l'évolution qui est la règle en pareil cas, me fit penser à un phlegmon d'origine sous péritonéale et ignorant encore le passé pathologique de la malade, j'admis comme cause plus vraisemblable un cancer de l'estomac, malgré la rareté relative de complications semblables dans cette affection.

L'indication opératoire était des plus nettes, il y avait urgence à évacuer la collection. Il s'écoula, après mon incision, une très grande quantité de pus, d'odeur fécaloïde, et je ne fus pas peu étonné de constater dans ce liquide des débris allongés, blanchâtres, macérés, qui me firent penser à la possibilité de vers ayant déterminé le phlegmon. C'est

alors que la malade me dit avoir souvent rejeté de ces parasites dont la présence chez elle n'avait plus été constaté depuis le début de la maladie actuelle.

La palpation attentive de la région, après l'évacuation de la poche, me permit de sentir une induration étendue tout autour d'elle. Je ne pus retrouver l'orifice qui avait fait communiquer, au début cette cavité superficielle, avec la cavité sous-péritonéale.

Mais étant donné l'état de la maladie, je ne persévérerai pas dans cette recherche. Un gros drain fut placé, puis un pansement humide.

Les suites opératoires furent des plus simples, la fièvre tomba, la suppuration se tarit, les parois de la poche s'accolèrent et un mois après l'intervention, au début de juin 1902, il ne restait plus qu'une toute petite fistule qui, elle-même, ne tarda pas à disparaître.

Actuellement, plus de deux ans après, cette malade, M^{me} P..., est dans un état des plus satisfaisants.

J'examinai à la loupe les débris allongés que j'avais trouvés flottant dans le pus. Je constatai très nettement sur eux la présence de sillons en anneaux

CLINIQUE

Nous avons cité un exemple d'abcès vermineux dû à Sikora de Tulle, tout d'abord la véritable cause ne fut pas soupçonnée et là pourtant il y avait une indication : la malade rendait tous les mois des paquets de vers, puis tout à coup cette évacuation cesse complètement, un mieux relatif s'établit suivi des désordres que nous avons rapportés.

Mais ici, il y a une anomalie, pourrait-on dire, l'abcès s'est formé autour de l'ombilic alors que dans la majorité des cas, suivant une statistique de Blanchard chez les sujets ayant dépassé vingt ans pour quatre abcès vermineux qui se forment autour de l'ombilic, il y en a 19 qui se localisent dans l'aîne et ici notre malade à soixante-trois ans.

Remarque qui n'avait d'ailleurs pas échappé à Mondière qui, le premier et malgré l'opinion généralement admise de son temps, avait : 1° Assigné à l'ascaride lombricoïde son véritable rôle ; 2° décrit les phénomènes qui président à la formation des abcès vermineux : sensation douloureuse de ponction en un point de l'abdomen, puis apparition d'une tumeur n'imprimant pas à la peau de changement de cou-

leur, évolution très lente et finit par donner issue à un ou plusieurs ascarides ordinairement vivants. Dans notre observation l'évolution a été longue, quatre mois entre le commencement des troubles ressentis et l'apparition des troubles graves, de plus on rechercha la communication de l'abcès avec l'intestin et on ne la trouva pas ce qui vient encore confirmer la longueur de l'évolution. Si l'on en croit Sikora, la caractéristique la plus fidèle de ces abcès serait une paroi très épaisse et quelquefois même à cavité multiple. Les abcès vermineux apparaissent à tous les âges mais plus spécialement chez les jeunes sujets, notre observation est là cependant pour montrer que les sujets même âgés n'en sont point exempts.

Les abcès vermineux ne doivent pas être considérés comme des accidents graves, même lorsque, et ceci est l'exception, il y a communication de la tumeur avec l'intestin ou fistule vermineuse : le traitement des abcès vermineux peut être assimilé à celui des phlegmons.

Appendicites vermineuses

L'ascaride peut aussi déterminer par sa présence des crises d'appendicite et des crises de pseudo-appendicite, dans le premier cas le dénouement est généralement fâcheux, dans le deuxième cas au contraire la santé revient alors que seule la mort paraissait inévitable.

OBSERVATION XVI

(Batut. — « Ascaride et appendicite en Tunisie ».

Le Caducée, 1902, p. 259.)

Ascaride et appendicite. — Mort

Un spahis du contrôle se plaignant de douleurs dans tout l'abdomen, sans localisations bien précises, les traits tirés, le pouls petit et rapide, refuse d'entrer à l'hôpital, où nous nous proposons de le faire entrer en raison de phénomènes d'obstruction vaguement esquissés. Nous le renvoyons le lendemain soir dans sa demeure.

Des cataplasmes n'ont pas calmé les douleurs ni 0 gr. 03 d'extrait d'opium. Le météorisme de l'abdomen est très marqué ; des douleurs dans les deux fosses iliaques et le long du côlon transverse, spontanées ou sous forme de coliques intermittentes ; pas de vomissements mais les yeux excavés ; les parois abdominales se mettent en contracture de défense ; pas de point de Mac Burney bien net ; pas de tumeur, constipation depuis cinq jours. Le spahi refusa de quitter sa demeure. Piqûre de morphine, régime lacté absolu et léger, puis pour le lendemain au réveil 30 grammes d'huile de ricin. A 10 heures du matin on vient nous rendre compte que le malade a rendu par le bas un gros paquet d'ascarides et qu'il s'est senti soulagé. Dans ces conditions nous n'allons pas le visiter. Deux jours après, nous apprenons que le mieux n'a été que momentané, et que le malade est mort, M. Batut porte le diagnostic d'appendicite par accumulation d'ascarides et péritonite consécutive.

OBSERVATION XVII

(Ragaine. — *L'appendicite vermineuse*. Thèse de Paris, 1905).

J. C..., quarante-deux ans, journalière, employée à ramasser des légumes dans les champs d'épandage de la Ville de Paris à Achères (S.-et-O.), entre à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye, le 11 juillet 1905 pour appendicite.

Cette femme était malade depuis dix jours.

Début de la maladie par une forte douleur survenant brusquement dans le côté droit du ventre.

Le soir de son entrée, le ventre est ballonné ; il existe de l'hypéresthésie cutanée à droite, la défense musculaire est assez prononcée ; pas d'empatement ; les vomissements fréquents sont porracés, le facies est grippé ; la langue saburrale ; la température est de 38°8 ; le pouls bat à 116 pulsations. On lui injecte sous la peau un litre de sérum artificiel, on lui applique de la glace sur le ventre et on lui fait une injection hypodermique de 2 centigrammes de morphine.

Les vomissements cessent dans la nuit du 11 au 12.

Le 12 au matin, le ventre est encore ballonné, la défense musculaire et la douleur existent encore dans la fosse iliaque droite, la température est tombée à 36°8. Le pouls restant à 108. Les vomissements n'ont pas reparu. Glace et morphine sont continuées. Quelques cuillerées de bouillon glacé sont autorisées.

Le 13, 14, 15, les phénomènes de ballonnement, de douleur

à la pression et de défense musculaire persistent ; la température reste normale ; le pouls demeure élevé, 108 à 110.

Même traitement ; le bouillon toujours glacé est un peu augmenté. On lui fait un litre de sérum par jour.

Le 16. — La malade a quatre selles, dans la première desquelles se trouve un ascaride de grande dimension. A partir de ce moment le ballonnement du ventre et la défense musculaire vont diminuant ; le pouls tombe à 80 pulsations ; la douleur au point de Mac-Burney disparaît. La malade sort guérie le 30.

OBSERVATION XVIII

(M^{me} C... Arboré Rally de Bucharest. — *Archives de Médecine des enfants*, décembre 1900.)

Enfant de dix ans, constipé depuis plusieurs jours, avait été pris brusquement de douleurs dans l'abdomen. Un purgatif administré peu après resta sans effets, ainsi qu'un lavement de séné. Le lendemain des douleurs persistent en même temps qu'apparaissent des vomissements. Le jour suivant, 12 juin, le malade a de la fièvre, un pouls petit dépressible et battant à 120, un facies grippé, vomissements incoercibles, douleurs extrêmement violentes revenant tous les quarts d'heure, ballonnement du ventre, hyperesthésie cutanée sur toute la surface de l'abdomen, ce qui rend la palpation impossible.

La douleur est nettement localisée au point de Mac Burney ; résistance de la paroi dans la fosse iliaque droite, on ne sent cependant aucune tumeur.

A la percussion son tympanique sur toute la surface du ventre, un peu de submatité cependant à la fosse iliaque droite, constipation absolue. Appétit nul, langue saburrale, vomissements bilieux fréquents.

Le lendemain l'état s'est encore aggravé malgré l'administration de pilules d'opium et l'application de glace sur l'abdomen. Depuis trois jours l'enfant qui n'a pu absorber aucun aliment présente des vomissements incessants et n'a eu ni selles, ni émission de gaz. Le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée est porté. Deux chirurgiens confirment le diagnostic mais refusent d'intervenir étant donné la gravité de la situation.

Le jour même à minuit après quelques heures d'accalmie les vomissements et les douleurs réapparaissent, le jeune patient très agité a des lipothymies et finit par rendre au bout de quatre heures au milieu de vomissements porracés et striés de sang un ascaride lombricoïde de 16 centimètres de longueur.

Aussitôt on constate une notable amélioration, le ventre est beaucoup moins ballonné, le pouls est à 90 Il persiste seulement un peu de sensibilité, à la pression dans la fosse iliaque droite. Un simple lavement salé en produisant une débâcle intestinale fait disparaître les derniers troubles.

17 juin. — On administre 40 centigrammes de calomel et 15 centigrammes de santonine expulsion d'un second lombric de 25 centimètres de longueur.

18 juin. — Guérison.

OBSERVATION XIX

(Bertholet. — *L'appendicite parasitaire*, Thèse
de Bordeaux, 1903-1904)

Auguste A..., quinze ans, mousse à l'*Austerlitz*, entre à l'hôpital de Brest le 27 mai 1884. Malade depuis quatre jours, anorexie, langue saburrale et fièvre. Vagues douleurs abdominales, marche très irrégulière de la température. Les jours suivants les symptômes ne se précisent pas par ailleurs ; la maladie ne paraît être qu'un vulgaire embarras gastrique.

Du 6 au 14 juin, diagnostic de granulie.

14 juin. — Le malade rend par la bouche trois ascarides, se sent soulagé, le soir 40°2.

16 juin. — Deux selles diarrhéiques avec ascarides ; vomissements répétés. Empatement dans la fosse iliaque gauche, cyanose, coma, mort.

Autopsie. — En soulevant le côlon ascendant, on aperçoit sur le psoas droit, au détroit supérieur une plaque de 4 à 5 centimètres carrés d'aspect ecchymotique et de couleur ardoisée. Sur cette plaque repose l'appendice, rigide et rempli par un corps étranger, comme une sonde par son mandrin. Le palper fait apercevoir dans le cæcum une masse donnant au doigt la sensation de ficelles enroulées. Ce sont des ascarides, au nombre de six, l'un d'eux est engagé dans l'appendice. Pas de perforation cependant.

OBSERVATION XX

(Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 14 mars 1900)

M. BRUN. — La pièce que je présente à la Société provient d'une opération de résection à froid de l'appendice, pratiquée hier matin. Il s'agissait d'un garçon de douze ans, qui était entré dans mon service le 24 janvier pour une crise aiguë d'appendicite. Comme cette crise présentait les caractères évidentes de l'appendicite enkystée, le traitement médical fut institué (diète, glace sur le ventre, morphine) et au bout de quarante-huit heures la température, qui était à 38°6, était tombée à 36°8 pour se maintenir à ce degré.

Les signes locaux (douleur, empatement) diminuèrent progressivement, mais je sentais persister dans la fosse iliaque une tuméfaction du volume d'une noisette.

Je fis l'opération le 13 mars, et je trouvai un appendice très adhérent, déformé et séparé en deux tronçons.

Cette appendice enlevée, je mis à découvert, dans un foyer des dimensions d'une noix, tapissé d'une fausse membrane verdâtre, un cadavre d'ascaride.

Il me paraît évident qu'au cours de la crise aiguë de janvier l'appendice perforé a dû laisser échapper ce parasite, ce qui me paraît important à relever, c'est que la présence de cet ascaride macéré n'a pas empêché le moins du monde la résolution d'un abcès péri-appendiculaire important.

OBSERVATION XXI

(*American practitioner and News*, 1^{er} janvier 1901.

Semaine médicale, 6 mars.)

Garçon de treize ans, pris brusquement de nausées, de météorisme et de vomissements bilieux, très fréquents et chez lequel, appelé quelques heures après l'apparition de ces symptômes, Schwankhaus diagnostiqua une appendicite avec péritonite généralisée et occlusion intestinale. Le jeune malade succomba au bout de vingt-quatre heures.

A l'autopsie la cavité abdominale fut trouvée pleine de pus. L'extrémité libre de l'appendice présentait une perforation vis-à-vis de laquelle entre la masse intestinale et le péritoine, on voyait un gros ascaride femelle. L'examen le plus minutieux de l'intestin ne permit de découvrir aucun autre orifice qui eût pu livrer passage à l'entozoaire. L'appendice renfermait un entérolithe ayant le volume d'un haricot et qui se laissa énucléer assez facilement.

OBSERVATION XXII

(M. le Dr Thierry. — *In* thèse Fayon.)

Appendicite provoquée par un ascaride

Garçon de quatorze ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 17 août 1900 dans le service du Dr Lucas-Championnière.

Il était malade depuis quelques jours et avait été pris brusquement de douleurs dans l'abdomen accompagnées de malaise général et de céphalalgie ; il était constipé.

A son entrée à l'hôpital il avait le facies altéré, grippé, les yeux cernés, le nez effilé ; température 39 degrés, l'appétit était nul, la langue présentait un piqueté rouge qui le faisait ressembler à une langue de scarlatineux ; l'abdomen était tendu, très douloureux, surtout à la pression ; le maximum de la douleur était dans la fosse iliaque droite.

Dans l'après-midi les symptômes généraux s'accrurent, les douleurs de plus en plus intenses étaient localisées par l'enfant lui-même en un point limité qui n'était autre que le point de Marc-Burney ; le ventre était très ballonné, il y avait une constipation absolue. Pouls petit. Température toujours très élevée.

On fait appeler le chirurgien de garde qui était M. le docteur Thiery. On porta le diagnostic d'appendicite avec abcès péritonéal et on décida d'intervenir par la laparotomie ; mais l'enfant refusa l'intervention, et, d'autre part, l'autorisation des parents faisant défaut, on fut obligé de renoncer à l'opération.

Les symptômes, dans la soirée, restèrent les mêmes ; il s'y ajouta des vomissements d'abord muqueux, puis bilieux et même porracés. Le pouls était très faible et très variable de fréquence. Au milieu d'un vomissement plus intense que les autres, l'enfant rendit deux ascarides lombricoïdes vivants.

Immédiatement après, la fièvre tomba légèrement, les douleurs furent moins vives.

Le lendemain nouveaux vomissements. L'enfant rendit encore un ascaride. Le ventre redevint souple, les douleurs disparurent totalement.

Deux jours après nouvel ascaride rendu.

L'enfant reprit très vite appétit et ne présenta plus aucun

symptôme, sinon une légère sensibilité abdominale ; il ne rendit plus d'ascarides. Au bout de quelques jours il quittait l'hôpital sur sa demande, non complètement rétabli, mais considérablement amélioré.

OBSERVATION XXIII

(*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris* 1903).

Ascarides dans l'intestin

Un jeune garçon âgé de treize ans succomba deux jours après son entrée, à l'hôpital des Enfants, des suites d'une maladie traitée comme fièvre adynamique. A l'autopsie une lésion se présenta à l'extrémité de l'iléon qui ressemblait exactement à celle que M. Petit à l'Hôtel-Dieu avait nouvellement attribué à la fièvre entéro-mésentérique. Un grand nombre d'ascarides lombricoïdes furent trouvés dans les différentes parties de l'intestin. Il y en avait quatre dans la cavité de l'appendice.

OBSERVATION XXIV

(Natale. — *Centralblatt für inner Medecin*, 1889).

Ascarides dans appendice et phlegmon péritonéal *Guérison.*

Natale communique un cas d'appendicite pendant lequel il vit se développer un phlegmon péritonéal dans la région subinguinale. L'incision donne issue à un liquide purulent au milieu duquel on trouva treize ascarides et appendice gangrené ; le malade guérit complètement.

OBSERVATION XXV

Helminthiase. — Crises gastriques et pseudo-appendiculaires. Vomissements sanglants et Vermineux.
(in thèse de Masson, 1905.)

Marie J..., âgée de vingt-huit ans, doreuse. Entrée le 2 décembre 1903, salle Rostan, lit n° 13, hôpital Saint-Antoine (Service du Dr Jaquet.)

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux Mère bien portante. Trois frères bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole à trois ans. N'a jamais été malade depuis. Régée à douze ans et demi, bien réglée depuis. Grossesse à dix-huit ans. Enfant mort à trois mois. Depuis lors, s'est toujours bien portée. Elle a toujours été nerveuse, facilement émotive. Elle pleure à la moindre contrariété ; pas de crises de nerfs. Elle a engraisé beaucoup de juin 1902 à novembre 1903. Depuis trois mois elle aurait engraisé de 12 kilogs. Dernières règles le 10 novembre.

Vers le 25 novembre 1903. Un matin pendant son travail, elle est prise de douleurs légères dans l'abdomen autour de l'ombilic, au creux épigastrique, aux deux hypochondres. Vers midi ces douleurs sont légères, l'appétit est conservé ; mais dès qu'elle eut commencé son repas la douleur devint plus vive. La malade est obligée d'interrompre son déjeuner. Elle rentre chez elle et se couche. La douleur augmente progressivement jusqu'à trois heures du soir. C'est une douleur continue avec paroxysmes fréquents se répétant toutes les cinq minutes.

Le maximum de la douleur subjective est autour de l'ombilic. La malade a une sensation de douleurs constrictives, de quelque chose qui se déplace. En même temps elle a une sensation de battements gastriques. Puis la douleur se calme et la malade s'endort vers 4 heures.

A son réveil, une heure après, elle ressent une grande fatigue, mais elle ne souffre pas du tout.

Elle n'a eu pendant toute cette crise ni nausées, ni vomissements. Elle a eu de fréquentes envies d'aller à la selle mais sans résultat.

Le lendemain, elle prend vers huit heures du matin 30 grammes d'huile de ricin, elle a des selles nombreuses et abondantes. Malgré cela, vers midi, elle est reprise de douleurs semblables en durée, en intensité et en localisation, à celles de la veille.

Trois jours après nouvelle purgation. Les douleurs persistent jusqu'au 1^{er} décembre.

Elles se reproduisent vers midi et durent jusqu'à 4 heures environ. Elles vont en augmentant d'intensité. Pendant les derniers jours de novembre le maximum de la douleur subjective qui était autour de l'ombilic est reporté vers le creux épigastrique. La malade ne vomit pas, n'a pas de diarrhée ni de constipation, pas de vertiges, pas de bourdonnements d'oreilles, pas de céphalée, pas de prurit. Aucun trouble de la vision.

Son haleine est fétide d'après son entourage.

Le 1^{er} décembre. — Veille de son entrée à l'hôpital, la douleur est très légère et dure à peine une demi-heure.

Le 2 décembre. — Jour de son entrée, la douleur commence dès 4 heures du matin. Elle est encore plus vive que

de coutume. Son maximum est au creux épigastrique, elle s'irradie vers le flanc et les hypochondres.

Vers 7 heures du matin la malade vomit, ce sont des vomissements muqueux qui ne se produisent qu'une fois, la douleur s'atténue aussitôt, elle cesse vers 7 heures.

3 décembre. — Dès le matin douleurs très violentes, sensation de constriction avec maximum au creux épigastrique, irradiations aux hypochondres et à la région lombaire. Cette douleur n'est pas calmée par la position assise ou couchée. Sensation de battements gastriques.

La malade a des vomissements muqueux qui calment la douleur pendant une demi-heure environ.

A la palpation on produit une douleur à l'épigastre, aux hypochondres, aux lombes, au flanc droit, on provoque une douleur très vive dans la fosse iliaque droite. La palpation ne détermine qu'une douleur légère dans le flanc et la fosse iliaque gauche.

Le maximum de la douleur objective étant dans la fosse iliaque droite, on soupçonne une appendicite.

L'appareil respiratoire est normal, ainsi que l'appareil circulatoire. Le pouls est à 70.

Pas de diarrhée ni de constipation. La malade a eu une selle.

Les urines sont normales.

Appareil génital normal. Pas de troubles du système nerveux.

La pupille droite est rétrécie. Le myosis est accentué.

La malade n'a pas de fièvre.

Traitement. — Diète, injection de morphine. Glace.

4 décembre. — Les douleurs subjectives sont peu vives ;

à la palpation on détermine simplement une douleur légère dans la fosse iliaque droite. Le myosis de la pupille droite persiste. La malade a ses règles depuis ce matin.

5 décembre. — L'amélioration persiste. La malade boit un peu de lait.

7 décembre. — La douleur est simplement très légère quand on palpe profondément la fosse iliaque droite. Depuis son entrée la malade n'a eu que deux selles (6 déc.).

8 décembre. — La malade prend une purgation de 30 grammes d'huile de ricin.

9 décembre. — Hier soir la malade a été prise de douleurs ; leur maximum était à l'épigastre. Puis, elle a eu un vomissement muqueux vers 6 heures. La douleur est la même que dans les crises précédentes. Mais la durée de cette crise est plus longue ; commencée hier soir vers 5 heures elle se termine ce matin vers 10 heures. La douleur est très vive s'irradiant dans les hypochondres et les flancs. Injection de morphine.

10 décembre. — La douleur est calmée. Ce matin petite crise de peu de durée. La malade n'a pas de fièvre.

11 décembre. — Pas de douleurs subjectives. Régime : deux jaunes d'œufs dans du bouillon.

14 décembre. — La malade ne ressent aucune douleur. Elle ressent des battements gastriques. La palpation détermine simplement une gêne lorsqu'elle est profonde au creux épigastrique. On ne détermine aucune douleur en palpant la fosse iliaque droite. Le myosis persiste. Depuis la purgation pas de selles, lavement.

15 décembre. — Plusieurs selles. La malade mange un peu de pain, quelques douleurs légères à l'épigastre et aux lombes. Suppression du pain.

16 décembre. — Douleurs très légères. Régime : purées de légumes, lait.

17 décembre. — Pas de douleurs.

19 décembre. — Ce matin après une légère douleur au creux épigastrique elle a une sensation de battements gastriques ; la malade est prise de vomissements muqueux, puis elle vomit du sang, environ la valeur d'un demi-verre de bordeaux. Le sang est rouge vif.

Les vomissements ont duré plus d'un quart d'heure. La malade est très émue et très énervée par le vomissement.

La crise gastrique a été moins violente qu'à l'ordinaire, mais en tout semblable aux précédentes par sa localisation et ses irradiations.

Le sang paraît venir de l'estomac.

20 décembre. — Les vomissements sont calmés. La malade ne ressent aucune douleur.

22 décembre. — La douleur subjective et objective a disparu.

23 décembre. — La malade a commencé à souffrir dans le creux épigastrique et la région lombaire hier après le repas de midi. Puis, sont survenus des vomissements alimentaires et bilieux. On constate un léger vomissement sanguin et elle vomit en même temps un ver long de 15 centimètres environ que l'on reconnaît être un ascaride.

Les vomissements cessent presque aussitôt. La douleur subsiste jusqu'à 5 heures avec ses caractères habituels ; elle se calme ensuite peu à peu.

24 décembre. — Nulle douleur spontanée, simplement sensation de battements gastriques. Nulle douleur à la palpation ni à l'épigastre, ni à l'ombilic, ni aux hypochondres.

Les battements aortiques sont perceptibles mais modérés.

On fait prendre 0 gr. 15 de santoline et ensuite 0 gr. 80 de calomel.

25 décembre. — Deux selles ce matin, quelques coliques, pas de douleurs gastriques, pas d'ascarides expulsés.

26 décembre. — Il existe encore une légère douleur subjective dans la région lombaire. La palpation n'est pas douloureuse.

On ne constate pas d'œufs dans les selles (M. Lebar, interne du service). Le tube digestif est en très bon état, et elle sort le 27 très bien portante quoique un peu amaigrie. Il y a toujours de l'inégalité pupillaire.

20 mai 1095. — M^{me} X..., revue, n'a jamais été souffrante depuis sa sortie ; elle se porte très bien. Elle a souvent pris des vermifuges sans aucun résultat. Elle est toujours très émotive mais digère bien et ne souffre aucunement de son estomac.

L'inégalité pupillaire est due à un vice de réfraction de l'œil gauche.

La malade est hypermétrope et astignote.

Elle présente à première vue le signe d'Argyll-Robertson, mais à l'examen attentif on voit que les pupilles réagissent nettement à la lumière.

Elle ne présente du reste aucun signe de tabes. L'examen des yeux fut fait dans le service de M. de Lapersonne par le Dr Delogé.

OBSERVATION XXVI

(Recueillie par le Dr Bussière. In Gaide.)

Ascaridose et appendicite chez un dysentérique

L... Jean vingt-trois ans, soldat de 2^e classe d'infanterie coloniale entre à l'hôpital de Saïgon, salle 7, le 10 juin 1901, à 5 heures du soir.

Note du billet d'entrée. — Diarrhée, malade depuis quatre jours, accuse 15 selles ; température entre 39 à 40 degrés.

Etat du malade à l'entrée. — Anémie profonde, teinte blafarde des téguments, masses musculaires réduites, prostration, facies abdominal prononcé. Le ventre est excavé ; les douleurs vives et constantes avec exacerbation au passage des selles, qui sont soufflées, spumeuses avec mucus sanguinolent très abondant. Le palper éveille une douleur plus forte dans la fosse iliaque, le flanc, l'hypochondre droit et l'épigastre. Ni empâtement, ni gonflement, réaction de la paroi très marquée à la fosse iliaque droite.

Examen du sang. — Pas d'hématozoaires. Séro-diagnostic de Vidal : 1/40 négatif ; 1/20 négatif.

Examen des selles. — Pas d'amibes, la présence d'œufs d'helminthes n'a pas été signalée.

Examen de plaques blanchâtres au fond de la gorge. — Pas de bacilles diphtériques.

Diagnostic. — Dysenterie aiguë.

Traitement. — Au début : régime lacté, enveloppement chaud du ventre ; cataplasmes phéniqués ; potion à l'ipéca et

élixir parégorique; eau chloroformée. Plus tard : vessie de glace en permanence sur le ventre; collutoire glycéro-boraté; injections hypodermiques d'éther et de caféine.

14 juin. — Avec une température presque constamment ascendante, une localisation de la douleur et un vague empâtement dans la fosse iliaque droite, des selles moins nombreuses et sans mucosités sanguinolentes, je soupçonne une lésion du cœcum et de l'appendicite.

16 juin. — Douleur très localisée au point de Mac Burney, moins vive aux alentours. Mort à 8 h. 10 du soir.

Autopsie. — Pratiquée le 17 juin, à 10 heures du matin (résumée).

Cavité abdominale. — Gaz dans les anses intestinales; petite quantité de liquide séro-citrin dans le cul-de-sac recto-vésical du péritoine. Au niveau de la fosse iliaque droite, l'épiploon a des adhérences récentes et friables avec la paroi pariétale de la séreuse, le cœcum et la portion terminale de l'intestin grêle. La limite externe de ces adhérences circonscrit un espace de 12 à 15 centimètres carrés, dont l'appendice iléo-cæcal occupe le centre. La surface des organes compris dans cette zone est presque partout recouverte d'un enduit gris clair, nuancé de jaune, qui se détache en une fausse membrane purulente. Arborisations vasculaires sur les organes voisins. Le cœcum et le côlon sont dans leurs autres parties vivement vascularisés, ainsi que l'appendice accolé à la face antérieure du gros intestin. L'appendice, long d'environ 12 centimètres, est recourbé en crosse à son insertion, distendu, turgide. Il contient un liquide muco-purulent légèrement visqueux. La muqueuse d'un gris noirâtre est couverte de petites plaques plus claires, de 3 à 6 millimètres de dia-

mètre au nombre d'une vingtaine. Le centre en est déprimé et plus foncé de teinte que la zone périphérique. L'orifice appendiculaire est partiellement obstrué par l'extrémité céphalique d'un ascaride lombricoïde femelle mort d'une longueur à 15 centimètres.

Le gros intestin est à parois épaisses et vascularisées (lésions dysentériques). Il contient cinq gros ascarides vivants. Le petit intestin à parois amincies présente les lésions de la diarrhée chronique. Pas d'ascarides. Les ganglions mésentériques sont peu développés ; l'un d'eux au voisinage du cæcum est purulent. Le contenu purulent de l'appendice, recueilli dans des pipettes stérilisées, a été examiné à l'Institut Pasteur, ainsi que le contenu fécal du côlon et du cæcum par M. le médecin principal E. Metin.

Le premier liquide contenait des streptocoques, *S. Mesentericus*, *B. coli-communis* en grandes quantités mélangés de cellules épithéliales intestinales, de cellules graisseuses, de cristaux divers et de quelques globules rouges.

Quant au deuxième liquide, recueilli dans le cæcum, outre les éléments ordinaires des selles, il contenait en quantité du bacille du côlon, mais pas d'œufs d'helminthes.

CLINIQUE

Nous rapportons 11 observations d'appendicites vermineuses et nous enregistrons 6 morts sur ce nombre, ce qui prouve le danger de la présence des ascarides dans cette partie du tube digestif : Les enfants et adolescents semblent ici comme ailleurs particulièrement atteints puisque nous avons sur nos 10 cas, 5 ayant moins de seize ans et sur ces 5 nous enregistrons 4 morts (ob. XIX, XX, XXI et XXIII). Deux soldats (obs. XVI et XXVI) tombent eux aussi victimes de cette terrible affection et rien à proprement parler ne permet d'affirmer la présence des ascarides. Rien ne permet d'affirmer leur rôle néfaste

Par contre dans les cas de pseudo-appendicite on assiste à une véritable résurrection alors que tout espoir semblait devoir être abandonné. Dans l'observation XVIII, les chirurgiens refusent d'intervenir, la gravité de la situation, la crainte ou plutôt la conviction d'un dénouement fatal imminent fit abandonner l'idée même d'une opération, le petit malade a une colique, un ver est expulsé et le mourant de tout à l'heure devient le convalescent de demain. Le malade de Thiéry ne veut pas de l'opération, la famille refuse aussi

toute intervention qu'elle juge inutile ; quelques ascarides sont expulsés et l'enfant est guéri. Malheureusement il n'en est pas toujours de même et l'observation de Batut (XVI) est là pour donner un démenti terrible : le spahi se sent mieux, *après avoir rejeté un gros paquet de lombrics*, deux jours après il est mort sans qu'aucune complication nouvelle ait été signalée. Le petit malade de Berthollet (obs. XIX) a eu deux selles diarrhéiques plusieurs ascarides ont été rejetés ; la mort survient aussi cependant.

Il ne faudrait pourtant pas croire que le pronostic est fatal, les deux exemples que nous avons cités au début de ces observations montrent que l'appendicite lombricoïde guérit quelquefois.

Le malade de Ragaine, quarante-deux ans, observation XVII, guérit. Le malade dont Masson raconte l'histoire dans sa thèse guérit.

D'ailleurs dans l'histoire de l'appendice on peut dire que l'ascaride est chose rare. Letulle, Laboulbène, Guinard, Témoin disent qu'elle est exceptionnelle. Sur 180 cas d'appendicite où Letulle rechercha les œufs dans les selles, il ne constate que 3 fois la présence d'œufs de tricocéphale. Les D^{rs} Maignon, Guégan, Leroy des Barres confirment la rareté de sa présence.

Les ascarides, dont l'action est cependant indiscutable dans certains cas, donneraient dans les cas bénins du pseudo-péritonisme comme ils donnent du pseudo-méningisme chez les sujets dont le symptôme

thique abdominal serait exalté. Ces crises pseudo-appendiculaires, la plupart du temps bénignes guérissent par l'expulsion de l'ascaride, mais à côté de ces manifestations nerveuses en quelque sorte ; l'ascaride peut déterminer une appendicite grave et souvent mortelle.

On peut, en employant la méthode de Metchnikoff, déceler les œufs de l'*ascaris* dans les selles et soupçonner la véritable cause de la crise douloureuse, revêtant par ailleurs les symptômes de l'appendicite ordinaire. Nous ne croyons pas que même le diagnostic d'appendicite vermineuse étant posé, le clinicien puisse prévoir la bénignité ou la gravité de cette complication morbide.

Perforations intestinales

Au début de cette troisième partie, nous avons longuement étudié les réactions possibles de l'*ascaris* et nous avons vu que non seulement il pouvait déterminer des abcès, des suppurations, mais encore par un mécanisme particulier il peut provoquer des perforations intestinales.

D'habitude on divise les perforations intestinales dues aux ascarides en deux catégories bien distinctes :

- 1° Perforation avec péritonite ;
- 2° Perforation sans péritonite.

Nous croyons que dans la deuxième division les perforations, constatées et étudiées sur le cadavre ont été faites après la mort, la migration du ver

étant le résultat de la lutte pour l'existence. Ne se trouvant plus dans les conditions nécessaires pour vivre, il sort et cela lui est d'autant plus facile que l'obstacle apporté par l'intestin d'un cadavre est nul en comparaison de la résistance offerte par l'intestin d'un homme vivant.

Nous avons recueilli trois observations de perforations avec péritonite.

OBSERVATION XXVII

(Arrault. — Société médicale de Saint-Petersbourg, *in thèse* de Paris, 1897.)

Ascaridose intestinale avec perforations et péritonite purulente

9 novembre 1896. — Entra dans le service de M. Zotoff, à l'hôpital des Enfants-Malades de Nicolas, une fillette âgée de trois ans et trois mois sur laquelle on a très peu de renseignements.

Malade depuis quatre jours, constipée, se plaint de douleurs abdominales. L'enfant avait été nourrie au sein jusqu'à un an : rougeole à deux ans, pas d'autres maladies.

Etat actuel. — Enfant amaigrie, traces manifestes de rachitisme, muqueuses pâles, pupilles légèrement dilatées. Gros râles humides disséminés dans la poitrine. Contractions cardiaques exagérées, bruits normaux.

Pouls 150, facilement dépressible.

Respiration, 40 par minute.

Abdomen enflé, tympanique, veines superficielles dila-

tées. L'abdomen, surtout la fosse iliaque droite, est très sensible à la pression. Dans la fosse iliaque droite, on sent à la palpation une tumeur en forme de boudin à direction de haut en bas et de dehors en dedans. La limite inférieure de l'estomac est à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'enfant ne cesse de pousser des cris plaintifs, elle est dans un état demi-comateux ne répond pas aux questions. La déglutition se fait normalement. A la moindre tentative d'exploration de l'abdomen, les plaintes deviennent plus fortes. Deux selles dans les premières vingt-quatre heures : on y décèle au microscope une quantité énorme d'ascarides lombricoïdes.

Le 11 novembre au matin, on trouve dans les matières vomies un ascaride, à 1 heure on en compte treize. L'enfant succombe le jour même.

Ces symptômes ont fait porter à Zotoff le diagnostic d'ascaridose intestinale et de péritonite purulente.

A l'autopsie, on trouve dans le pharynx un peloton d'ascarides, dont quelques-uns se trouvaient à moitié de l'œsophage ; ces ascarides étaient d'une longueur moyenne de 10 à 12 centimètres. Dans l'œsophage même on en trouve deux autres.

Poumon gauche normal, poumon droit adhérent sur toute la surface à la plèvre thoracique.

Rien à signaler du côté du cœur.

Le péritoine vésical est couvert de petites masses fibrineuses. Les anses intestinales sont légèrement agglutinées entre elles. Le péritoine pariétal est couvert par ces mêmes masses fibrineuses dans sa partie inférieure.

La cavité abdominale contient 40 grammes de pus environ

ayant une odeur fécale très prononcée. On y trouve des débris de lombrics désagrégés.

Dans l'intestin grêle à 45 centimètres au-dessus du cæcum, on voit deux perforations l'une de 9 centimètres de longueur sur la face antérieure, l'autre de 2 cm. 5 de longueur un peu en arrière de la première. Les bords de ces deux perforations sont nécrosés, d'un gris sale, se désagrègent très faiblement sous le doigt. Dans la grande perforation on voit engagé un paquet d'ascarides de 25 individus. La partie de l'intestin au voisinage immédiat de la perforation est tuméfiée, d'un rouge foncé. La partie de l'intestin entre la perforation et le cæcum est complètement remplie de pelotons de vers. La muqueuse intestinale est hyperhémée. Le cæcum, l'intestin grêle sont remplis d'ascarides. La partie de l'intestin située au-dessus de la perforation est hyperhémée. Le nombre total des vers trouvés dans l'intestin est de 500 environ. Les ganglions mésentériques sont un peu tuméfiés. On a donc affaire à une ascaridose intestinale avec perforation et péritonite purulente diffuse.

OBSERVATION

Journal de clinique et de thérapeutique infantile,
13 février 1897. Recueillie dans le service de M. Variot.

Ascaridose intestinale avec perforations

Eg... Georges, dix ans, entre à l'hôpital Trousseau le 3 février 1897. Admis d'urgence vu la gravité de son état. La surveillante qui reçut l'enfant dans le service ne songea pas

à s'enquérir auprès du père de la marche qu'avaient suivie les accidents.

4 février. — M. Coyon, interne de service, présente à M. Variot cet enfant comme atteint de péritonite tuberculeuse. Il était dans un état d'affaissement extrême ; le visage pâle, amaigri, les traits effilés, les yeux enfoncés dans les orbites et cernés. L'enfant très abattu répondait brièvement et avec indifférence aux questions qui lui étaient posées. Il avait toute sa connaissance, demandait qu'on le laissât au repos, car dès qu'on le remuait un peu il était pris de nausées et de vomissements.

Les membres et le thorax étaient très amaigris, l'abdomen était celui d'un batracien. Sur les parties latérales, des veines dilatées indiquaient une circulation complémentaire assez active. La palpation très douloureuse ne peut être pratiquée que superficiellement : on obtenait une sensation de tension uniforme, sans résistance circonscrite. La région ombilicale était plus souple et se laissait plus aisément déprimer. D'un côté de l'abdomen à l'autre, on provoquait distinctement le flot indiquant une notable quantité de liquide dans la cavité péritonéale. La percussion donnait une sonorité assez étendue à l'ombilic et au pourtour, dans la région des flancs la matité était complète.

Rien du côté du cœur et des poumons. On fit asseoir l'enfant à grand peine : il poussait des plaintes presque continues. La percussion des sommets ne révèle rien d'anormal ; mais à la base du côté gauche on constate une zone de matité de quatre à cinq travers de doigt.

Dans cette région mate on perçoit un souffle assez doux qui fait penser à un épanchement pleural circonscrit. Cet

examen très pénible ne fut plus répété pendant la vie. La température est à 38 degrés, pouls petit et régulier. En l'absence de tout renseignement commémoratif le diagnostic de péritonite tuberculeuse fut accepté.

On applique de la glace sur le ventre, on administre une potion de Rivière, une potion de Todd, du vin de Champagne, du lait et du bouillon glacé.

Dans la soirée du 4 février, l'enfant, qui est tourmenté de vomissements incessants et qui ne consent à prendre qu'un peu de vin de Champagne, rejette un ascaride par la bouche en même temps que quelques mucosités glaireuses. Un premier ascaride avait déjà été expulsé par la bouche la veille au soir.

Urines rares non albumineuses, foncées ; plusieurs selles diarrhéiques claires.

5 février. — L'état reste très mauvais, les vomissements continuent, muqueux, bilieux, porracés. Deux autres ascari-^{tes} des sont rejetés par la bouche. L'enfant ne prend plus qu'un peu de vin de champagne.

La diarrhée persiste, les selles sont presque séreuses, on prescrit des lavements amidonnés matin et soir avec XII gouttes de laudanum de Sydenham. L'apparition de cette diarrhée fait songer à des ulcérations tuberculeuses de l'intestin évoluant avec péritonite.

La mort survient le 9 février, la température a atteint deux fois 39 degrés pour redescendre à 38 degrés. La veille et le jour de la mort à 37 degrés.

Autopsie faite le 10 février à 11 heures du matin : Le ventre est distendu, la peau de l'abdomen offre une teinte bleuâtre indiquant une putréfaction avancée et rapide. Après

l'incision on trouve du pus dans le péritoine. Le grand épiploon n'est pas adhérent à la paroi abdominale, il est épaissi, opaque, adhérent aux masses intestinales sous-jacentes, dont il peut être détaché néanmoins sans être déchiré. Toutes les anses de l'intestin grêle et du gros intestin sont plus ou moins agglutinées entre elles par des dépôts plastiques, fibreux.

Au moment où l'on sépare le coude du côlon transverse et du côlon ascendant de la rate et du reste des intestins, on aperçoit une poche purulente qui semble isolée. Dans cette poche se meut un ascaride de 15 centimètres de long parfaitement vivant.

En examinant avec attention la face libre du côlon, on distingue plusieurs petites perforations taillées à l'emporte-pièce, les matières contenues dans l'intestin peuvent en sortir par ces orifices si l'on presse sur le canal.

Le tube digestif est enlevé, déroulé, incisé sur toute sa longueur.

Sur la face libre de l'intestin non plus que sur les replis péritonéaux, ni dans les ganglions mésentériques on ne trouve d'amas caséeux, aucune apparence de granulations tuberculeuses. Les lésions sont celles d'une péritonite aiguë, généralisée avec épaississement de la séreuse et exsudation de fibrine et de pus dans la cavité.

L'intestin grêle dans toute sa longueur contient des lombrics. On en retire quatorze dont cinq sont réunis en pelotons volumineux. Aucune lésion appréciable de la muqueuse de l'intestin grêle.

Les perforations se trouvent à la jonction du côlon transverse et du côlon descendant. Elles sont au nombre de qua-

tre très visibles espacées l'une de l'autre de un centimètre à un centimètre et demi.

Elles sont régulièrement arrondies, taillées nettement à l'emporte-pièce, sans décollement de leurs bords, sans rougeur ni vascularisation.

Le diamètre de ces ulcérations est de 2 à 3 millimètres, c'est-à-dire correspondant à peu près exactement à celui des ascarides. L'une des ulcérations a 4 millimètres dans son grand axe, mais elle est séparée en deux moitiés égales par une bride de 1 millimètre de diamètre.

Nulle part sur le trajet de l'intestin grêle ou du gros intestin on ne voit de lésions ulcéraives quelconques, l'appendice et le cæcum ont été spécialement examinés à ce point de vue.

Le jeune Georges a été élevé au sein, à la campagne jusqu'à l'âge de dix ans. Rentré à Paris depuis deux ans, à diverses reprises s'est plaint de coliques et sous l'influence de purgatifs il rendait des lombrics dans les selles.

21 janvier 1897. — Fut pris très brusquement après dîner de douleurs violentes dans le côté gauche et de vomissements, le ventre se ballonna. Les aliments et les boissons sont intolérés, amaigrissement. Le médecin porta le diagnostic de péritonite tuberculeuse ; mais le 2 février, veille de l'entrée à l'hôpital Trousseau, quatre ascarides furent expulsés par la bouche.

OBSERVATION

(Sangalli, professeur à l'Université de Pavie,
Congrès de Genève, 1877.)

Noma et ascaridose

Il s'agit d'un enfant de dix ans qui succomba du noma des lèvres et de la joue du côté droit.

Autopsie. — Muqueuse de l'estomac présentant presque partout une couleur rougeâtre, grâce à une forte injection capillaire, et enduite de mucus abondant, épais, semi-gélatineux.

Du côté de la petite courbure de l'estomac et du pylore quelques ulcères pas plus larges que la circonférence d'un petit pois, irrégulièrement circulaires avec des bords d'un rouge vif, dues à la vascularisation augmentée du tissu et avec un fond couvert d'un exsudat grisâtre.

Sur la muqueuse de la deuxième moitié de l'iléon, il y avait cinq taches constituées par un tissu connectif luisant et de couleur ardoisée sans trace d'injection vasculaire sur leur bord.

A proximité de la valvule iléo-cœcale, j'ai vu encore deux ulcères tout à fait superficiels, intéressant seulement la muqueuse sans aucune trace de réaction. Nulle part les tuniques musculaires et péritonéales n'étaient perforées.

« Veuillez, messieurs, dit Sangalli, bien remarquer cette circonstance, car dans la cavité péritonéale j'ai vu cinq petits ascarides libres entre les masses de l'iléon. Un autre ascaride était tellement enveloppé dans les replis de l'épi-

ploon, sous la courbure de l'estomac, que l'on n'a pu l'enlever sans quelque peine.

« Mais ce qui est encore plus rare, c'est que presque à l'extrémité de la surface antérieure du grand épiploon, entre le cul-de-sac de l'estomac et la rate, on a rencontré un de ces lombrics tout à fait semblable aux précédents et qui étant entièrement enfermé dans un kyste adventice ne put être aperçu que lorsque celui-ci a été ouvert.

« Ce kyste ressemblait tout d'abord à une petite tumeur parce que sa surface était rougeâtre grâce à de nombreux vaisseaux capillaires. Il avait la forme et la grandeur d'une cerise et sa mollesse indiquait qu'il renfermait du liquide. En effet quand on l'ouvrit, il s'en écoula une cuillerée d'une humeur jaunâtre-trouble, contenant des cellules de pus et tout de suite apparaît le lombric pelotonné sur lui-même en spirale, de façon à occuper la moindre place possible.

« En l'enlevant de la niche qui s'était formée autour de lui par l'inflammation j'ai reconnu que l'intérieur était incomplètement divisé en deux moitiés de grandeur inégale, par une cloison membraneuse qui à l'œil nu, aussi bien qu'au microscope, paraissait immédiatement formée par un repli de l'épiploon.

« Dans ces conditions on peut considérer comme certain que ce ver s'était quelque peu enveloppé dans les replis de l'épiploon et qu'il s'y tenait très tranquille ; mais par sa présence, il excita une légère réaction inflammatoire dans la partie environnante de l'épiploon et par cette réaction il donna naissance à la prolifération du tissu connectif et par suite à la formation de la capsule adventice qui devenue une

membrane pyogénique sécrétait le pus trouvé dans l'intérieur de sa cavité.

« Le ver extrait du kyste était mort, mais en parfait état, ainsi que les autres vers qui étaient libres dans la cavité. C'était un ascaride mâle de 11 centimètres de long et de 3 millimètres de large. En examinant au microscope la partie la plus superficielle du kyste ou pour mieux dire le liquide qui l'humectait, on rencontre beaucoup d'œufs d'ascarides disséminés dans la matière granuleuse.

« Le péritoine, ni ses replis, n'offraient d'indice de réaction inflammatoire, le péritoine pariétal et le péritoine viscéral paraissaient normaux ; point de sérosité ni d'autres liquides dans la cavité ; les ganglions du mésentère étaient un peu tuméfiés, de couleur rosée, ce qui pouvait être en relation avec les conditions déjà décrites de l'iléon.

« Des recherches répétées et attentives faites surtout dans le champ des deux ulcères encore existants n'ont fait découvrir aucun processus morbide, qui put les avoir engendrés, c'est-à-dire aucune trace de tuberculose ou des fièvres typhoïdes. »

« On pourrait objecter contre la valeur de ce fait que les ascarides pourraient être sortis de l'intestin, en passant par autant d'ulcères préexistants. »

Je répondrai que je puis bien admettre que lorsqu'il y a beaucoup d'ulcères sur la muqueuse de l'intestin grêle comme cela arrive dans la fièvre typhoïde et dans la tuberculose, et qu'il se trouve en même temps plusieurs lombrics dans l'intestin, quelques-uns peuvent par hasard avoir porté la tête contre le fond d'un ulcère et l'avoir perforé, mais je ne vois pas clairement comment plusieurs de ces vers pourraient avoir plusieurs attractions vers plusieurs petits ulcères, ou

l'instinct de les choisir pour s'ouvrir une voie plus facile à leur sortie.

Dans notre cas, l'aspect des cicatrices ou taches trouvées sur la muqueuse montraient qu'elles ne pouvaient être le produit de la fièvre typhoïde et de la tuberculose et leur nombre presque égal à celui des vers rencontrés dans le péritoine confirmait l'intégrité antérieure de la muqueuse intestinale.

Le processus ulcératif de la muqueuse stomacale était récent et dépendait du noma et non pas de l'état de la muqueuse intestinale. Celle-ci était évidemment presque partout revenue à son état normal et ne pouvait pas avoir une part dans le développement de la gastrite croupale.

Ces conditions, dit Sangalli, permettent, je crois, d'admettre que la perforation des tuniques intestinales non altérées par les ascarides est scientifiquement constatée.

Le kyste qui se développa autour d'un lombric, l'enveloppement d'un autre dans les replis de l'épiploon mettait pour moi hors de doute que la perforation s'était faite pendant la vie du malade et même quelque temps avant sa mort.

Aussitôt que les ascarides étaient sortis par différents points, les tuniques intestinales se contractaient et leur contraction empêchait l'épanchement des matières et ses funestes conséquences. Ceci est un fait qui surpasse toute espérance, mais il confirme l'explication de Siebold sur l'innocuité de la perforation intestinale par les ascarides.

Si dans les cas de Pinnoy et de Rayer la péritonite et l'épanchement des matières fécales mettaient hors de contestation la sortie des ascarides durant la vie, dans mon cas, le kyste est une preuve péremptoire du fait comme de son innocuité observée parfois par d'autres médecins.

CLINIQUE

Davaine a recueilli 15 cas où les ascarides lombricoïdes étaient dans le péritoine, d'après ses observations les perforations opérées par ces helminthes occupaient les sièges suivants : 6 fois l'estomac, 3 fois le cæcum et 6 fois l'intestin grêle ; d'où il résulte que le siège le plus habituel des lombrics n'est pas celui qui a été perforé le plus. Dans trois cas seulement il a constaté de la péritonite ; il en conclut que la plupart du temps les vers sont sortis après la mort et de ce fait qu'un grand nombre était sorti il en conclut que la même cause a agi sur eux tous et en même temps ; pour ceux-là qu'on prétend avoir émigré après la mort nous nous rangeons pleinement à son avis. Après avoir passé au crible toutes les raisons pour et contre son idée : à savoir que les vers ne pouvaient perforer les tuniques de l'intestin pendant la vie, si aucune perforation ne préexiste à leur sortie ; seule l'observation de Rayer avec perforation de l'iléon lui paraît en faveur de la thèse de la perforation.

Nos trois observations nous paraissent de nature à confirmer l'opinion de Rayer. Dans le cas de Zotoff.

observation XXVII, les deux perforations dont la grande contenait un paquet de lombrics est une présomption tout au moins que le paquet de vers a joué un rôle actif irritant l'intestin, irritation qui aurait amené le sphacèle et la perforation.

Variot rapporte que, à l'autopsie de sa fillette, dans l'angle s'étendant entre le côlon transverse et le côlon ascendant, il aperçut une poche purulente dans laquelle se mouvait un lombric de 15 centimètres, preuve irréfragable que la perforation avait eu lieu non seulement pendant la vie, mais même un temps assez long avant la mort.

Sangalli a vu (obs. XXVIII) cinq ascarides libres entre les masses de l'iléon et de plus il a découvert un lombric renfermé dans un kyste adventice, ce qui là aussi indique que la migration avait eu lieu avant la mort du sujet. Rappelant ce que nous avons dit au début de ce chapitre, nous disons que l'ascaride peut être cause d'ulcérations dans l'intestin et émigrer dans le péritoine par ces ulcérations dont il est la cause indiscutable.

APPENDICE

En terminant ce modeste travail, nous pouvons donc dire que l'ascaride lombricoïde joue un grand rôle non seulement dans la pathologie médicale, mais encore dans la pathologie chirurgicale ; les cas de complications chirurgicales abondent dans la littérature française et étrangère ; l'ascaride frappe sur tous les points du globe, il frappe tous les points du corps humain et à tout âge.

Le chirurgien devra donc souvent songer aux ascariques et se souvenir que dans les occlusions intestinales qui leur sont propres il peut légitimement espérer beaucoup et ne doit espérer qu'en lui.

Les tumeurs vermineuses lui réserveront de moins brillants succès, mais aussi elles ne lui ménageront pas non plus, en général du moins, de cruelles déceptions.

L'appendicite vermineuse est grave, la péritonite encore plus grave : mais elles ne doivent ni l'une ni l'autre le laisser désarmer : les méthodes aseptiques et antiseptiques lui font un devoir d'être audacieux et là

surtout il doit avoir présent à la mémoire la parole de Dieulafoy : « La chirurgie abdominale en général, la chirurgie de l'appendice en particulier n'aime pas les temporisateurs.

Nous ne saurions mieux terminer, croyons-nous, qu'en rendant à Mondière l'hommage qu'il mérite pour avoir défendu le processus ulcératif qu'il avait soupçonné, le processus inflammatoire qu'il avait deviné, et pour résumer d'un mot notre travail, pour en tirer en quelque sorte la morale, nous n'avons qu'à nous rappeler une phrase du professeur Blanchard qui nous semble contenir la clef de bien des problèmes médicaux : « La médecine est tributaire de toutes les sciences en général, des sciences naturelles et zoologiques en particulier. Ces dernières doivent souvent, pour ne pas dire toujours, sanctionner ses exigences et légitimer ses décisions. »

CONCLUSIONS

1° L'ascaride lombricoïde peut séjourner dans l'intestin, s'y agglomérer et constituer un obstacle au cours des matières ; c'est donc une cause possible d'occlusion intestinale ;

2° Par ses migrations, il joue le rôle d'un corps étranger septique, soit en suivant la continuité, soit en s'échappant par une plaie.

3° Il détermine par sa septicité des abcès vermineux, des appendicites vermineuses, des crises de pseudo-appendicite. Il est impossible de reconnaître par les signes cliniques si l'on se trouve en présence d'une appendicite ou d'une pseudo-appendicite vermineuse. L'abcès vermineux, la pseudo-appendicite vermineuse sont bénins ; l'appendicite vermineuse est très grave.

4° L'ascaride est muni d'un appareil buccal lui permettant de se fixer très énergiquement sur la muqueuse. Si le milieu microbien et l'ascaride réagissent, il se produit une inflammation qui s'abcède et finit par déterminer une perforation, d'où péritonite.

Vu : le Président de la thèse,

BLANCHARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Arrault.* — Des perforations intestinales par les ascarides lombricoïdes, 1897.
- Arboré Rallye.* — Archives de médecine des enfants, 1900.
- Batut.* — Le Caducé, 1902.
- Bertholler.* — Appendicite parasitaire. Thèse de Bordeaux.
- Berson.* — Pseudo-appendicites vermineuses, 1900.
- Blanchard.* — Traité de zoologie médicale, 1886-1890.
- Bremser.* — Traité zoologique et physiologique des vers intestinaux, 1824.
- Bretonneau.* — De la diphtérie.
- Charcelay.* — Hémorragie du duodénum. Société d'Indre-et-Loire.
- Chauffard.* — Semaine médicale, 1895.
- Davaine.* — Traité des Entozoaires, 1877.
- D'Espine et Picot.* — Traité des maladies de l'enfance.
- Debove et Achard.* — Traité de Médecine.
- Fayon.* — Obstruction intestinale et appendicite dues aux lombrics.
- Garde.* — Lomb. exotique, 1902.
- Guégan.* — Ascarides et appendicites en Tunisie.
- Guersaut.* — Dictionnaire de Médecine, 1828.
- Guiart.* — Action pathogène des parasites de l'intestin, 1904.

- Grancher.* — Traité des maladies de l'enfance.
- Joyeux.* — Helminthes et bactéries, 1904.
- Kirmisson.* — Appendicites et vers intestinaux, 1901.
- Layral.* — Lombricose à forme typhoïde, 1896.
- Laveran.* — Journal de Médecine et de Chirurgie.
- Lucksch.* — Semaine médicale, 1906.
- Masson.* — Crises gastriques et pseudo-appendicites, 1906.
- Melchnikoff.* — Les microbes intestinaux, 1906.
- Notes helminthologiques sur l'appendicite, 1905.
- Mondière.* — Tumeurs vermineuses, 1838.
- Rabetz.* — Semaine médicale, 1906.
- Raspail.* — Structures anatomiques, habitudes, effets morbides de l'*Ascaris*, 1838.
- Rilliet et Barthès.* — Traité des maladies de l'enfance, 1846.
- Rocheblave.* — Gazette des hôpitaux, 1898.
- Sangalli.* — Communication au Congrès de Genève, 1877.
- Steffi.* — Munchener med Wochens.
- Simon.* — Revue médicale de l'Est, 1892.
- Variot.* — Journal de clinique et de thérapeutique, 1897.